REVUE DES JOURNAUX

ARCHIVES INTERNATIONALES DE MÉDECINE EXPÉRIMENTALE (Paris)

J. Cahen. *Les modifications de la trompe utérine chez la femme et leur déterminisme* (*Arch. internationales de Médecine expérimentale*, tome IV, fasc. 1, 1928). — Les modifications menstruelles de la muqueuse utérine, bien connues depuis Hitschmann et Adler, ne sont pas les seuls phénomènes histologiques cycliques de l'appareil génital de la femme : la trompe en présente également et c'est leur étude, trop négligée jusqu'à présent, que C. a entreprise. Les résultats qu'il a obtenus sont intéressants parce qu'ils complètent bien la connaissance qui s'est établie depuis peu du cycle œstrien chez la femme.

Avant la puberté, la trompe ne manifeste pas d'activité; son épithélium est cylindrique, non cilié. Après la puberté, la trompe subit un rythme régulier de modifications.

Les jours qui suivent les règles, les cellules sont en majeure partie des cellules claires ciliées. Vers le douzième jour du postmenstruum ces cellules perdent leurs cils, se chargent d'une sécrétion lipoïdique qui se déverse ensuite dans la lumière tubaire : cette sécrétion coïncide avec le passage de l'ovule dont c'est alors l'époque de la ponte.

Après cette phase glandulaire qui dure peu, il y a expulsion de nombreuses cellules intercalaires, éléments usés, et reconstitution des cellules claires ciliées. Ensuite c'est, si la fécondation ne se produit pas, l'époque prémenstruelle : le stroma tubaire se congestionne et s'œdématie et une petite menstruation tubaire, avec raptus hémorragiques, mais sans desquamation muqueuse, se produit.

Il est à noter que ces phénomènes sont surtout nets au niveau du tiers externe de la trompe; ils sont beaucoup plus discrets au niveau de l'isthme.

Dans le même temps où l'activité glandulaire est manifeste, la contractilité de la tunique musculaire s'accroît et le rythme de ses contractions passe de 4 à 9 par minute.

Après la ménopause, ou après castration, la trompe subit une atrophie épithéliale avec hyperplasie du stroma.

Ainsi apparaît l'harmonie du fonctionnement tubaire par rapport aux autres éléments de l'appareil génital chez les mammifères et chez la femme. C'est le point de vue qui est bien mis en valeur dans cet article. On y trouvera également une bonne bibliographie générale de cet intéressant et nouveau chapitre de physiologie. P. Moulonguet.

LE SANG (Paris)

Léon Müller. *Un élément nouveau de la physiopathologie sanguine : la propriété hémophage; son rôle dans les hémodestructions microbiennes* (*Le Sang*, tome II, n° 5, 1928). — Des milieux gélosés au sang, quand on les ensemence avec certaines espèces de staphylocoques dans des conditions bien déterminées, donnent lieu à un phénomène d'hémodestruction qui revêt un type très particulier. On voit apparaître des plages de décoloration, semblables aux colonies de microbes hémolytiques, mais sans noyau microbien, et pouvant se rencontrer aussi à distance des colonies microbiennes. La forme de ces taches est variable : tantôt ce sont des découpures nettes, à l'emporte-pièce, rarement de grandes taches floues, beaucoup plus fréquemment des petites plages arrondies, d'apparition brusque. Le plus souvent l'aspect est mixte, les différentes sortes de plaques sont mélangées.

M. a donné à cette propriété le nom d' « *hémophagie* » et a découvert qu'elle était subordonnée à un certain nombre de facteurs. La présence de sérum ou de plasma lui est absolument indispensable. Par contre, les globules rouges ne jouent que le rôle d'un indicateur passif; on peut même les croiser avec le sérum. Le nombre des taches est en rapport avec la quantité de sérum employé.

Cette propriété est essentiellement thermolabile, se détruit par chauffage à 55°, pendant une 1/2 heure à 1 heure. Elle est aussi chimiolabile (éther, chloroforme, fluorure de sodium). Elle est entravée par le processus de méthémoglobinisation.

Il faut, pour la production de ce phénomène, des milieux très nutritifs à p_H assez rigoureusement fixes, ainsi qu'une température optima d'incubation.

La propriété d'hémophagie peut disparaître en partie par filtration sur bougies suffisamment serrées; elle peut se fixer sur certains précipités et être récupérée par la suite.

M. admettrait volontiers la multiplicité de ce pouvoir hémophage, qui serait en rapport avec la multiplicité d'aspects. Effectivement les différentes sortes de plages présentent des optima différents de température, de p_H, ainsi que des résistances différentes aux agents chimiques, à la filtration.

M. met ensuite au point la technique de l'hémophagie, puis il étudie la nature de cette propriété spéciale des sérums sanguins, qui est nettement distincte de l'action hémodestructive banale du staphylocoque, véritable action protéasique directe du microbe.

Il conclut qu'il existe dans la plupart des sérums humains un ou, mieux, des principes hémophages, ne pouvant, à eux seuls, entraîner l'hémodestruction. Celle-ci se déclanche quand on adjoint certaines sécrétions particulières des staphylocoques. Tout se passerait comme s'il existait certains principes sanguins, d'ailleurs absents le plus souvent à la naissance, apparaissant plus nettement avec l'âge chez les sujets soumis à des infections répétées et auxquels le staphylocoque apporterait le milieu de culture indispensable. A. Escalier.

REVUE NEUROLOGIQUE (Paris)

A. Souques. *Quelques cas d'anarthrie de Pierre Marie; aperçu historique sur la localisation du langage* (*Revue neurologique*, an. XXXV, tome II, n° 2, Août 1928). — Dans ce mémoire où S. accepte et défend les idées de Pierre Marie sur l'aphasie, S. rapporte 9 observations d'anarthrie, dont une seule avec examen anatomique en coupes sériées. C'était un homme de 30 ans, spécifique, qui, à la suite d'un ictus, présenta une hémiplégie droite avec impossibilité d'articuler aucun mot sans troubles du langage intérieur, ni trouble moteur périphérique, si ce n'est quelques troubles thoraciques et laryngés coordonnés nécessaires pour la parole articulée. Ce malade présenta une amélioration considérable de la parole à la suite de rééducation et mourut 7 ans après le premier ictus. Le lobe frontal dans son entier, y compris le pied de la 3e frontale, était le siège d'un ramollissement, la zone de Wernicke était intacte.

Les autres observations ne comportent qu'un examen macroscopique.

Ce travail se termine par un aperçu historique très détaillé et fort intéressant de la question de l'aphasie. H. Schaeffer.

JOURNAL DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE (Paris)

L. Christophe. *Syndrome de tumeur cérébrale guéri par la ventriculographie* (*Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, tome XXVIII, n° 10, Octobre 1928). — C. rapporte l'observation d'une femme de 36 ans, atteinte très vraisemblablement d'une tumeur du lobe temporal gauche qui présentait un syndrome d'hypertension intracranienne avec céphalée, vomissements, stase papillaire, névralgie trigéminale gauche, aphasie et hémiplégie droite avec épilepsie jacksonienne de ce côté. Si bien qu'une trépanation décompressive, effectuée par suite de la menace d'atrophie optique, n'avait d'ailleurs que médiocrement amélioré la malade. Un traitement radiothérapique ne donna pas de meilleurs résultats. Une injection de 20 cmc d'air par voie lombaire montra d'abord que la partie moyenne du ventricule gauche s'éclairait mal et détermina surtout une amélioration considérable. Quelques jours après l'injection d'air on put constater une amélioration de l'état mental, de l'aphasie, de l'hémiparésie droite, de la vision, encore qu'il persiste une hémianopsie gauche témoin d'une lésion organique cérébrale, une disparition de la hernie cérébrale consécutive à la trépanation. C. pense que la ventriculographie a eu une heureuse action en désoblitérant le trou de Monro gauche. H. Schaeffer.

PARIS MÉDICAL

P. Nobécourt et J. Coletson. *Influence de la puberté sur la tuberculose pulmonaire chez les filles et effets du pneumothorax thérapeutique* (*Paris médical*, t. XXIII, n° 44, 3 Novembre 1928). — Les statistiques montrent que, chez les filles, la tuberculose pulmonaire augmente de fréquence à l'âge de la puberté. N. et C. se sont demandé si la puberté favorise le développement de la tuberculose et si l'évolution en est modifiée.

En s'appuyant sur 34 observations, ils concluent :

Le développement pubertaire régulier ne paraît pas favoriser le développement de la tuberculose pulmonaire;

Une évolution pubertaire anormale peut avoir une influence favorisante sur la marche de la tuberculose;

Le début par hémoptysie n'est pas fréquent, mais le caractère rapidement ulcéreux et grave des lésions est commun.

La suppression des règles est considérée par certains auteurs comme une sorte de défense de l'organisme. Les malades de N. et C., qui étaient réglées, avaient un excellent état général, et, pour l'une d'elles, la réapparition des règles coïncida avec une amélioration.

La fréquence des formes graves pose l'indication du pneumothorax thérapeutique toutes les fois que l'unilatéralité des lésions le rend possible.

Il a été pratiqué chez 7 des 35 malades de N. et C. Une n'a pu être suivie. Chez une autre, l'apparition d'un épanchement abondant; chez une autre, la généralisation au poumon opposé ont fait interrompre les insufflations.

Dans 3 cas, les résultats immédiats ont été bons, mais l'exemple du 4e, où la malade fut maintenue en bonne santé pendant 2 ans, puis mourut rapidement d'une tuberculose aiguë de l'autre poumon, malgré une tentative de pneumothorax bilatéral, oblige à être prudent et à ne pas affirmer trop tôt la guérison de malades améliorées par cette thérapeutique. Robert Clément.

P. Carnot (Paris). *Les stercoromes* (*Paris médical* tome XVIII, n° 47, 24 Novembre 1928). Les *stercoromes* ou *fécalomes*, que C. étudie à l'occasion de 2 cas personnels, sont des tumeurs intestinales formées de matières fécales durcies par une stagnation et une dessiccation trop prolongées. Elles peuvent atteindre de grandes dimensions et peser jusqu'à plusieurs kilogrammes. Elles donnent lieu parfois à de graves erreurs de diagnostic, de pronostic et de traitement.

L'accumulation de masses fécales durcies se rencontre le plus souvent dans le rectum et dans le côlon pelvien; elle est quelquefois à l'angle splénique

ou au côlon descendant, très rarement dans le cæcum et le transverse. Quelquefois, il y a deux ou plusieurs masses isolées sur différents segments du côlon.

Le caractère général de ces fécalomes est leur forme en saucisse.

Un signe caractéristique (*signe d'Hofmokl*) est que, si l'on déprime fortement la tumeur avec le doigt, le godet ainsi produit persiste après qu'on a enlevé le doigt. Ce signe peut être aussi cherché en déprimant la tumeur avec le doigt à travers la paroi antérieure du rectum. Mais, parfois, le durcissement est tel que ce signe n'existe plus.

Un autre signe (*signe de Gersuny*) consiste en ce que, la paroi abdominale étant déprimée fortement sur une tumeur fécale, si l'on diminue peu à peu la pression, on sent la muqueuse glisser sur la tumeur. Ce signe est rare : il faut que la muqueuse soit sèche, qu'il y ait des gaz...

On doit, d'ailleurs, se méfier de la coexistence d'un fécalome au-dessus d'une tumeur sténosante, favorisant la rétention en amont.

Les fécalomes se manifestent parfois par des accidents brutaux. Tantôt il s'agit d'un *volvulus* qui se produit notamment dans les cas de mégasigmoïde avec accumulation stercorale. Exceptionnellement, il s'agit de *perforation* qui s'explique par la production d'ulcérations. Plus souvent, on assiste à des crises d'*obstruction* qui s'aggravent généralement par l'usage des purgatifs et s'améliorent, au contraire, par l'usage de l'huile; elles sont rarement graves; néanmoins, on cite quelques cas de mort.

La pathogénie des stercoromes s'appuie sur deux faits : 1° le gros intestin contient des substances inassimilables qui servent de noyau à un coprolithe géant (noyaux de fruits, figues sèches, os de grenouilles, médicaments insolubles); 2° la stagnation et le durcissement des matières sont consécutifs, soit à un obstacle au-dessus duquel elles séjournent, soit à une atonie et à une distension de l'intestin (mégacôlon).

En ce qui concerne le traitement, l'évacuation mécanique est souvent difficile et exige beaucoup de patience et de soin. Parfois même, elle est impossible, si la tumeur est inaccessible; force est alors d'intervenir chirurgicalement, par une véritable « césarienne intestinale » pour évacuer par laparotomie les masses stercorales. Le mégacôlon, congénital ou acquis, qui est généralement en cause, est, lui aussi, difficile à traiter : l'intervention chirurgicale (colectomie) est parfois le seul traitement efficace, mais elle comporte de gros risques. J. Dumont.

GAZETTE DES HOPITAUX (Paris)

R. Leriche (Strasbourg). ***Considérations générales sur le traitement des ulcères duodéno-gastriques*** (*Gazette des Hôpitaux*, tome CI, n° 86, 24 Octobre 1928). — Les chirurgiens montrent une tendance de plus en plus marquée, entraînés par un courant venu d'Autriche, à substituer la gastroduodénectomie à la gastro-entérostomie dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux. Et cependant toutes les statistiques montrent que la gastro-entérostomie assure la guérison définitive de ces ulcères dans environ 75 pour 100 des cas. Il n'y a donc pas de raison, déclare L., de renoncer à cette opération si bénigne et si efficace dans les trois quarts des cas, quitte à déterminer pourquoi elle ne l'est pas dans l'autre quart et à fixer ainsi les indications de la duodéno-gastrectomie. Cela revient à résoudre les deux questions suivantes : 1° Qu'est-ce qui fait qu'un ulcère guérit après une opération qui ne l'enlève pas? 2° Qu'est-ce qui fait que, dans d'autres cas, il ne guérit pas?

1° *Pourquoi un ulcère guérit-il quand on intervient sur l'estomac sans faire de résection?* Cela peut tenir, en premier lieu, à ce que l'anastomose, si elle est bien faite, supprime la stase — quand elle existe — et, par suite, diminue les conditions favorisantes de l'hypersécrétion. On dit aussi que l'anastomose empêche l'irritation de l'ulcère par les aliments, mais, si ceci est vrai pour les ulcères pyloriques, ce ne l'est plus pour les ulcères de la petite courbure qui ont toujours le contact alimentaire, ni pour les ulcères perforés opérés sans gastro-entérostomie. En réalité, guérissent par l'anastomose ou la simple suture tous les ulcères à *fond péritonéal intact*. Sous ce couvert, et grâce à la vaso-dilatation gastrique post-opératoire qui le met en condition de néoformation, le tissu conjonctif sous-péritonéal et sous-muqueux produit la cicatrisation de l'ulcère par rapprochement de ses bords, la muqueuse n'entrant pour rien dans ce processus de cicatrisation. L'ulcère cicatrisé, la maladie qui l'a produit — et qui nous est toujours inconnue — n'est d'ailleurs pas guérie pour cela et les récidives sont toujours possibles, malgré la diététique et les soins médicaux de la convalescence.

2° *Comment se fait-il qu'environ 25 pour 100 des ulcères ne guérissent pas par la gastro-entérostomie?* Ce qui fait qu'un ulcère ne guérit pas, dit L., ce n'est pas la callosité, ni les adhérences : c'est le fait d'être *pénétrant dans les organes voisins*, d'être en état de perforation bouchée par le foie, le pancréas ou la paroi. La continuité de la muqueuse et d'un tissu de nature différente ne permet pas au tissu conjonctif sous-jacent de pousser, de rapprocher les bords de la perte de substance, de boucher le trou. La résection est alors une opération de nécessité et on ne doit pas se refuser à la faire sous prétexte qu'elle est difficile. Elle l'est d'ailleurs moins qu'on ne le croit, si l'on est patient. Elle n'a, dans ces cas, qu'une contre-indication, relative d'ailleurs : c'est le siège juxta-cardiaque de l'ulcère parce qu'alors la résection est difficile et grave.

Toutes les fois qu'un ulcère est en état de perforation couverte par un organe voisin, la résection est une nécessité d'emblée. Ce sont, en effet, ces cas qui représentent la majeure partie des 25 pour 100 d'échecs de la gastro-entérostomie.

Quant à la gastro-duodénite, à ce « red stomach » dont l'existence est tenue comme imposant une résection parce qu'on y voit un état inflammatoire grave de la muqueuse gastrique, facteur important de récidive, L. la considère simplement comme la conséquence d'une alimentation mal réglée, d'une digestion salivaire insuffisante et, partant, comme justiciable d'une diététique spéciale, de soins dirigés contre les défectuosités des premières étapes de la digestion.

Reste une dernière question et qui est d'importance : on a dit qu'il fallait réséquer pour se mettre à l'abri de l'*ulcère peptique post-opératoire*. Or, la gastrectomie, même très large, ne met pas toujours à l'abri de cet ulcère : les partisans les plus convaincus de la résection en conviennent aujourd'hui. Et cela n'a pas lieu d'étonner, car il est fort probable que la maladie ulcéreuse récidivante est liée à des conditions humorales générales qui, en matière de prophylaxie, sont sans doute plus du ressort de la médecine que de la chirurgie. J. Dumont.

LE PROGRÈS MÉDICAL (Paris)

R. Leriche et P. Stricher. *Données générales sur les artérites oblitérantes juvéniles; résultats de leur traitement par l'artériectomie et la surrénalectomie* (*Le Progrès médical*, n° 47, 17 Novembre 1928). — L. et S. s'appuient sur 28 observations d'artérites oblitérantes « qui surviennent avant l'âge de l'artériosclérose et ne reconnaissent pour cause ni l'athérome, ni la syphilis, ni le diabète ».

Ils distinguent des artérites traumatiques par contusion ou rupture ou par traumatisme habituel ou répété, des artérites par gelure, des monoartérites localisées, la maladie de Buerger,

Les artérites se ressemblent beaucoup au point de vue anatomique et histologique. Il y a bien des artérites endoartérielles et des artérites extériosées mais il semble que ce soit plutôt deux stades de la maladie que deux types différents.

Une oblitération artérielle, même étendue, même sur un gros tronc, n'entraîne pas la gangrène. Les troubles trophiques résultent d'une altération de la vasomotricité en rapport avec l'atteinte du plexus nerveux de l'adventice artérielle.

Les artérites oblitérantes, pendant une longue période, sont latentes et ne sont décelées que par l'oscillométrie.

Si l'artère est bouchée anatomiquement, aucune opération nerveuse n'est utile. Les sympathectomies périartérielles et ramisections ne doivent être faites que lorsque les artères ne sont pas complètement oblitérées et dilatables. L. et S. ont abandonné ou presque ces opérations depuis 1923.

L'artériectomie est indiquée quand une seule artère est oblitérée ou quand il s'agit de plusieurs petites artères périphériques. En fait, elle n'est qu'une sympathectomie au point malade supprimant le point de départ des réflexes vasomoteurs anormaux. Le résultat peut se maintenir plusieurs mois.

La surrénalectomie ne rétablit pas la circulation dans les artères transformées en cordons fibreux, mais supprime les douleurs, améliore la circulation et semble arrêter l'évolution de la maladie. Sur 6 cas L et S. ont eu 2 échecs, 1 amélioration suivie de récidive, 3 excellents résultats datant de 1 à 2 ans. Ces essais sont assez intéressants pour être poursuivis. Robert Clément.

BULLETIN MÉDICAL (Paris)

G. Bidou. *Récupération fonctionnelle de la paralysie infantile* (*Le Bulletin médical*, t. XLII, n° 43, 10-13 Octobre 1928). — B. condamne l'entraînement et la mobilisation des paralytiques dans le but de développer celles des fibres musculaires restées saines. Il préconise l'appareillage le plus tôt possible, après les 18 mois qu'il estime suffisants pour admettre l'impotence consolidée.

Il n'existe pas, il ne peut exister un modèle d'appareillage puisqu'il n'existe pas un modèle de paralysie infantile. L'appareillage doit être basé sur une série de notions scientifiques, l'évaluation du poids de chaque segment du corps, le calcul de la puissance des leviers humains, etc.

Constamment, dans la paralysie infantile à type paraplégique, il existe une déficience du groupe moyen fessier-fascia lata : il faut y suppléer avec l'appareillage. Pour qu'il soit possible au paralytique engainé dans ses gouttières de marcher, il faut remplacer l'axe articulaire de la coxo-fémorale immobilisée par un axe passant au niveau de la 4e vertèbre lombaire et utiliser « la pliation et la dépliation lombaires ».

Après avoir compensé par des lièges sculptés sur les pieds mêmes du malade les attitudes vicieuses, B. réunit la chaussure à l'appareil et les rend solidaires l'un de l'autre par tiges articulées du type « sabot de Venel »; ensuite, avec l'aide de deux cannes, l'enfant apprend peu à peu à marcher. Robert Clément.

JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

J. Paviot, R. Chevalier et L. Revol. *De la véritable nature chimique de l'« anthracose » pulmonaire* (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome IX, n° 212, 5 Novembre 1928). — P. C. et R. viennent confirmer les beaux travaux de Jousset sur la nature ferrugineuse des pigmentations pulmonaires dites anthracosiques.

Ils se sont livrés à des dosages précis du fer dans les parties du poumon dites anthracosiques, par une méthode pondérale au nitro-β-naphtol après minéralisation complète et rapide par calcination ménagée suivie du mélange nitratant de Moreau.

Ils insistent sur la similitude qui existe entre la cellule à poussière alvéolaire et celle de l'expectoration. On peut ainsi réaliser sur le vivant une investigation anatomo-pathologique très intéressante, mais, en raison de la faible teneur en fer des crachats, il faut utiliser une méthode plus sensible. P. et R. ont utilisé un dosage calorimétrique par l'acide sulfosalicylique en milieu ammoniacal et ont mis au point cette méthode nouvelle de grande sensibilité.

La difficulté de son extraction fait penser que le fer des pigments pulmonaires est à l'état organique. La

localisation initiale périvasculaire de la surcharge pigmentaire, la fragilité globulaire observée chez de nombreux malades permettent de supposer l'origine hémoglobinique de la sidérose pulmonaire.

Robert Clément.

E. Martin (Lyon). ***Les fractures parcellaires et les fissures traumatiques des colonnes vértébrales. atteintes de spondylose*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome IX, nº 213, 20 Novembre 1928). — Les colonnes vertébrales atteintes de spondylose sont des colonnes fragiles : des traumatismes même légers peuvent facilement les altérer.

Les lésions traumatiques que M. a observées sur le cadavre sont de deux ordres : des *fissures* à la base des agrafes ou des crochets qui fixent les vertèbres et communiquent avec les articulations intervertébrales; des *fractures parcellaires* ou des arrachements des exostoses et des crochets.

Ces lésions expliquent les douleurs persistantes accusées par les blessés. Ces douleurs s'exagèrent sous l'influence des mouvements de la colonne vertébrale parce que les fissures et les arrachements osseux provoquent secondairement des poussées d'arthrite traumatique.

Les radiographies révèlent très difficilement ces fissures et ces arrachements osseux. Le seul procédé qui paraisse indiscutable pour les mettre en évidence est celui des radiographies répétées à intervalles de plus en plus éloignés du traumatisme : la comparaison des images permettra de saisir la formation des cals ou des jetées périostiques provoquées par les arrachements traumatiques.

A. Dumas (Lyon). ***Les crises tensionnelles et douloureuses au cours des aortites: 4 observations personnelles*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome IX, nº 214, 5 Décembre 1928). — On observe de temps en temps en clinique des crises douloureuses revêtant soit le type d'angor abdominal, soit le type d'angor thoracique, soit ces deux types associés ou alternants, et coexistant avec de brusques modifications de la tension artérielle.

Ces crises, à la fois tensionnelles et douloureuses, peuvent relever de causes diverses : elles peuvent appartenir à la symptomatologie des tumeurs hyperactives des surrénales (Marcel Labbé, Tinel et Doumer, Vaquez et Donzelot); elles peuvent parfois apparaître spontanément, particulièrement chez des hypertendus (Aubertin), ou chez des sujets présentant de l'hyperexcitabilité sympathique (Gallavardin); enfin on peut les rencontrer au cours des lésions de l'aorte abdominale ou même thoracique. L'auteur en rapporte 4 cas personnels dont 3 avec autopsie.

Ces crises tensionnelles de causes diverses semblent relever d'un désordre fonctionnel identique, la vasoconstriction portant sur un territoire important de l'appareil circulatoire et provoquant l'élévation tensionnelle. Mais parfois, et dans les mêmes conditions, l'hypotension peut remplacer l'hypertension, soit qu'elle lui succède, ce qui pourrait tenir à une défaillance par épuisement de la tonicité cardio-vasculaire, soit qu'elle la remplace réellement, comme s'il s'agissait d'une crise hypotensive véritable.

P. Woringer (Strasbourg). ***Carence solaire et rythme saisonnier des maladies infectieuses*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome IX, nº 214, 5 Décembre 1928). — Le terrain, qui, dans tout processus infectieux, joue un rôle au moins aussi important que la nature et la virulence du germe, subit des modifications sous l'influence de facteurs divers, parmi lesquels les changements saisonniers sont des plus importants.

Si l'on passe en revue la fréquence des maladies infectieuses dans la zone tempérée, on constate qu'elles répondent toutes soit à un *type hiberno-vernal* avec maximum en Mars, soit à un *type estivo-automnal* avec maximum en Septembre. Dans le premier groupe, rentrent les pneumococcies, les méningococcies, les streptococcies, la tuberculose, l'encéphalite épidémique, etc.; dans le second, la fièvre typhoïde, la dysenterie, le choléra, la poliomyélite. La seule infection actuellement connue qui ne corresponde pas à un des deux types décrits est la diphtérie : elle appartient à un type franchement hibernal.

L'explication de ces oscillations saisonnières des maladies infectieuses n'est pas à chercher dans des variations microbiennes : c'est uniquement l'organisme humain qui, sous l'influence de facteurs météorologiques, subit des modifications dans sa réactivité. Pour les infections hiberno-vernales, c'est la carence solaire qui prépare le terrain et l'irradiation renforce la défense de l'organisme. Pour caractériser les rapports des infections avec l'insolation, l'auteur appelle *héliophobes* celles qui revêtent le type hiberbo-vernal et *héliophiles* celles qui empruntent le type estivo-automnal.

L'action de la lumière sur les infections héliophobes implique un rôle actif important de la peau dans le processus d'immunisation. On est amené à admettre l'existence d'un pouvoir immunisant à distance du revêtement dermo-épidermique vis-à-vis de tout l'organisme, auquel W. donne le nom de « *dermophylaxie* ».

Pour les infections héliophiles, il est, en attendant, plus difficile de préciser le facteur météorologique qui prépare le terrain. Il est probable que pour elles l'immunisation ne prend pas son point de départ de la peau, mais de l'intestin (*entérophylaxie*).

Ces conceptions physiopathologiques permettent d'assigner à l'héliothérapie et à l'actinothérapie la place exacte qu'elles doivent occuper dans la lutte anti-infectieuse. L'emploi systématique de la lumière comme agent thérapeutique et surtout prophylactique semble devoir abaisser sensiblement la morbidité et la mortalité par infections héliophobes.

Favre et **Dechaume** (Lyon). ***Adénome ou inflammation : les reconstructions épithéliales dans l'inflammation chronique*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome IX, nº 215, 20 Décembre 1928). — Les inflammations chroniques des glandes, qui ont fait l'objet de nombreuses études à propos de chaque organe glandulaire en particulier, méritent d'être envisagées dans un travail d'ensemble. C'est à ce travail que se sont employés F. et D. qui démontrent la complexité des réactions que les inflammations chroniques produisent dans les glandes.

Jusqu'ici, on a surtout étudié dans les glandes enflammées la dégénérescence des cellules épithéliales et la marche des scléroses ; on n'a pas suffisamment fait ressortir l'importance de processus parallèles de néoformation, de reconstruction, auxquels participent des éléments glandulaires qui subsistent et s'organisent dans l'organe bouleversé par l'inflammation.

A côté de divers processus de dégénérescence des cellules épithéliales, il est d'un très grand intérêt de signaler et de décrire ces édifications épithéliales en milieu inflammatoire. Les formes qu'elles revêtent le plus souvent sont celles d'amas de cellules épithéliales, de rubans, de petites cavités arrondies, de tubes et de canaux plus ou moins ramifiés. Il est fréquent de voir ces canaux se dilater, et la néoformation épithéliale prendre un aspect kystique : la néoformation de type kystique est une des plus fréquentes de celles auxquelles peut conduire l'évolution de ces édifications épithéliales inflammatoires. Dans les glandes pourvues de gros canaux d'excrétion, il est commun d'observer la dilatation de ces canaux au sein du tissu de sclérose et la formation de volumineux scléro-kystes canaliculaires.

Ces modifications épithéliales se font au sein d'un tissu conjonctif de sclérose plus ou moins dense, toujours plus vasculaire et plus riche en cellules au contact des néoformations mêmes. Les auteurs rapportent et figurent des exemples nombreux de ces néoformations inflammatoires constatées dans diverses glandes et dans divers organes épithéliaux, et font ressortir l'unité de certains grands processus réactionnels des glandes.

Les édifications épithéliales, dont la nature inflammatoire peut être affirmée avec une entière certitude, prennent souvent l'aspect, le groupement des dispositifs épithéliaux que l'on nomme « adénomateux » et que l'on considère comme dus à une tumeur bénigne des glandes. Une telle conception ne saurait être admise : il existe à coup sûr des inflammations qui suscitent dans les tissus épithéliaux, dans les glandes, des néoformations, des reconstructions épithéliales pour l'explication desquelles l'hypothèse d'un processus de tumeur bénigne doit être formellement rejetée. Le démembrement du groupe des tumeurs bénignes se poursuit d'ailleurs chaque jour davantage.

La notion de remaniements épithéliaux inflammatoires, de néoformations épithéliales inflammatoires, substituée, pour l'explication de nombre de lésions. à celle de néoplasie, ne peut manquer d'avoir des conséquences dans l'ordre thérapeutique.

La tuberculose et la syphilis sont les deux maladies que l'on trouve le plus souvent à l'origine des remaniements qui s'accompagnent de néoformations épithéliales, La syphilis paraît avoir un pouvoir constructif beaucoup plus actif que la tuberculose, où se marquent surtout les phénomènes de destruction.

La question des reconstructions épithéliales au sein des inflammations est aussi importante au point de vue doctrinal qu'au point de vue pratique.

J. F. Martin et **J. Dechaume** (Lyon). ***« Chitôneure » et « Chitôneuromes » : le système d'enveloppe des formations nerveuses et ses tumeurs*** [1er mémoire] (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome IX, nº 215, 20 Décembre 1928). — Les enveloppes du système nerveux ne peuvent être considérées comme de simples membranes conjonctives vasculaires. L'embryologie, l'histologie et l'expérimentation démontrent que le névraxe et ses prolongements sont entourés d'un revêtement continu d'origine neuro-ectodermique qui partout sépare les neurites des formations mésenchymateuses voisines.

Cette démonstration a été faite en particulier pour les méninges, les gaines de Schwann, les zones de jonction myo-neurales, les satellites des cellules ganglionnaires ; tous font partie de ce même système d'enveloppe. C'est essentiellement une vaste formation syncytiale que certains caractères structuraux rapprochent de la névroglie, et qui comporte néanmoins, comme tout tissu, des éléments conjonctivo-vasculaires plus ou moins complexes. Le terme de " *Chitôneure* " (de Χιθων = tunique), que M. et D. proposent pour le désigner, souligne son unité et indique sa nature nerveuse.

Les constatations de l'anatomie pathologique viennent à l'appui de cette conception : à côté de tumeurs nerveuses vraies (ganglioneuromes, gliomes, épendymomes, tumeurs choroïdiennes, neuro-épithéliomes) et de tumeurs conjonctives certaines, mais rares (fibromes, fibro-sarcomes), il y a lieu de classer à part les tumeurs des enveloppes nerveuses, les « *Chitôneuromes* ».

Elles ont été groupées jusqu'alors, suivant leur topographie, sous des vocables multiples : méningiomes, psammomes, neurinomes, gliomes périphériques, schwannomes, neuro-gliomes, etc... Les chitôneuromes sont de structure à la vérité très polymorphe ; qu'ils se présentent sous l'aspect gliomateux, épithélial ou conjonctif, réalisant le pseudo-fibrome ou le pseudo-sarcome, ils n'en conservent pas moins des caractères morphologiques constants, les rapprochant de la névroglie, et qui justifient leur englobement sous une même dénomination.

Les données de la clinique confirment cette manière de voir : les chitôneuromes ont le plus souvent une évolution lente, ils ne se généralisent jamais en dehors du système nerveux et sont peu radiosensibles ; en général énucléables, ils sont justiciables d'une exérèse chirurgicale.

GAZETTE HEBDOMADAIRE
des
SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

J. Sabrazès et **J. Torlais**. ***Pemphigus : observations cliniques et recherches de laboratoire*** (*fin*) (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, tome XLIX, nº 43, 21 Octobre 1928). — Supposant que les accumulations de sérosité, de siège

intradermique, dermo-épidermique, réalisant les bulles du pemphigus, relèvent de mécanismes analogues à ceux qui régissent les œdèmes, S. et T. ont recherché la réaction de Rivalta et l'ont trouvée très positive dans le liquide séreux des bulles d'un cas d'érythème polymorphe bulleux : résultat en faveur de la nature inflammatoire de l'exsudat et de sa richesse en nucléo-albumine.

Dans un cas de dermatite herpétiforme, ils ont pratiqué le dosage des matières protéiques dans le liquide séreux des bulles. Ils ont trouvé 100 gr. pour 1.000, soit plus que le plasma sanguin normal. « Le contenu de la bulle est formé du liquide interstitiel accru de plasma exsudé des capillaires sanguins. » Ce même liquide ne contenait que 5 gr. 50 de NaCl par litre. Ces chiffres permettent d'assimiler les bulles pemphigoïdes aux œdèmes inflammatoires plutôt qu'aux œdèmes mécaniques et cela correspond bien aux altérations endothéliales et capillaires constatées sur les biopsies.

Le rôle du foie sur le métabolisme de l'eau doit être pris en considération chez les sujets atteints de pemphigus. Mais, à côté des causes qui régissent le métabolisme des protéines et des cristalloïdes dans les tissus, il faut faire dans le pemphigus une place importante aux causes locales.

S. et T. ont noté sur les coupes que les cellules de Langerhans manquaient ou étaient raréfiées au niveau des bulles et que les cellules de la couche basale de l'épiderme à ce niveau étaient peu pigmentées. La cause du pemphigus « doit agir sur le collagène par la résille tropho-mélanique qui fait partie, pour les uns, du tissu réticulo-endothélial, et, pour d'autres (Soldan, Mossana), de systèmes nerveux parcellaires ou placodes de la peau ».

ROBERT CLÉMENT.

REVUE MÉDICALE DE L'EST
(Nancy)

G. Etienne (de Nancy). ***Névrites sériques*** (*Revue médicale de l'Est*, tome LVI, nº 15, 1er Août 1928.) — E. rapporte 14 observations de névrites sériques. Elles ont ceci de particulier d'être survenues, dans la plupart des cas, avec du sérum antipneumococcique et de n'appartenir pas au syndrome classique, aujourd'hui bien précisé, de paralysie du plexus brachial à type Duchenne-Erb. Dans la plupart des observations d'E., il s'agit de phénomènes localisés aux membres inférieurs ou aux doigts ou à l'avant-bras ou très diffus. Le plus souvent, il s'agit de phénomènes douloureux prédominant au niveau des masses musculaires et s'accompagnant d'impotence fonctionnelle.

E. rapporte, en outre, une observation de paralysie faciale exclusivement motrice survenue après 2 injections de 10 cmc de sérum antidiphtérique pour périamygdalite phlegmoneuse avec paralysie du voile du palais et dysphagie dont la nature sérique peut être discutée, et une observation de gêne dans les mouvements des doigts œdématiés en demi-flexion, avec douleurs articulaires.

ROBERT CLÉMENT.

REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE
(Genève-Lausanne)

Morin, Cardès (Leysin) **et Picot** (Lausanne). ***Résultats immédiats de 14 thoracoplasties pour tuberculose pleuro-pulmonaire*** (*Revue médicale de la Suisse romande*, tome XLVIII, nº 15, 25 Novembre 1928). — Les auteurs, qui ne s'occupent des sanatoria populaires de Leysin que depuis 2 ans, s'excusent de n'apporter que des résultats suivis pendant peu de temps : tels quels, ils montrent, cependant, que la thoracoplastie, quand elle est convenablement exécutée, sur des indications précises, est une opération infiniment utile et moins dangereuse qu'on ne le dit généralement ; ils permettent, en outre, de souligner quelques principes de collapsothérapie.

M., C. et P. ont opéré 14 malades, âgés en moyenne de 25 à 35 ans : 10 du sexe féminin et 4 du sexe masculin. Les résultats immédiats ont été les suivants :

Aucune mort opératoire. Dans 5 cas, disparition des signes cliniques, bactériologiques et radiologiques de la tuberculose. Chez 7 autres malades, améliorations frappantes au point de vue clinique et radiologique, mais les bacilles de Koch sont encore présents par intermittences dans les expectorations. Les 2 derniers cas ont été des échecs : l'un des opérés est décédé 3 mois après l'opération de perforation pleuro-pulmonaire avec pleurésie septique et état infectieux ; l'autre a fait une évolution contralatérale sévère qui amena la mort 6 mois après l'intervention.

En résumé, le résultat a été *très bon* dans 5 cas, *bon* dans 7 et *mauvais* dans 2.

La technique employée a été celle de Roux : 9 des malades ont subi des résections totales (1 à 11), 4 des partielles (1 à 8), et 1 un volet pariétal. Les résections partielles ont toutes été exécutées en un seul temps ; 4 des totales ont nécessité deux interventions.

Quelles ont les indications ? A l'exception de 2 cas de pyopneumothorax à infection mixte, tous les malades étaient des tuberculeux pulmonaires cavitaires ouverts anciens. 4 fois le côté « sain » avait été le siège antérieurement de foyers bacillaires assez étendus, mais devenus inactifs. Dans 1 cas, ces lésions contra-latérales étaient encore, au moment de l'opération, comprimées par un pneumothorax électif. Il s'agissait toujours de formes à la fois extensives et cicatricielles. Chez 3 des malades, la température était fébrile, chez 5 elle était subfébrile, et chez 6 normale.

Chez 2 malades, on avait commencé par essayer le pneumothorax. Si celui-ci échoue ou reste inefficace, les auteurs l'abandonnent et recourent volontiers à la phrénicoexérèse. Ils sont fréquemment amenés à employer alors les sels d'or, qui agissent parfois remarquablement bien sur la température à condition que celle-ci ne soit que subfébrile et fixée en plateau. Si phrénicoexérèse et sels d'or n'entraînent pas une amélioration suffisante, les auteurs opèrent les malades. La technique à employer dépendra des indications particulières à chaque cas : gravité anatomique des lésions, intégrité contra-latérale, température, cœur, impression clinique de résistance du malade, indiquent s'il faut réséquer largement, si l'intervention doit être totale ou partielle, si l'opération sera pratiquée en un ou deux temps.

J. DUMONT.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Bâle)

J. E. Wolf. ***La thérapeutique par les lipoïdes dans la tuberculose pulmonaire*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LVIII, nº 39, 29 Septembre 1928). — W. fait d'abord remarquer que les préparations riches en graisse comme l'huile de foie de morue ou de chaulmoogra jouent un grand rôle en thérapeutique et que des recherches expérimentales notamment celles de Ivar Bang ont mis en évidence la signification biologique des lipoïdes. Les plus importantes de ces substances sont les phosphatides qui comprennent la lécithine et qui possèdent des propriétés thérapeutiques dont les unes sont spécifiques et les autres non spécifiques. Parmi ces dernières, on doit compter l'immunité indéterminée, les propriétés antitoxiques, le pouvoir d'activer les processus fermentatifs, etc. Les lécithines pourraient également augmenter les érythrocytes, activer la croissance, diminuer les dépenses d'albumine et finalement entraver le développement de certains microbes comme le bacille de Koch ou même les détruire. Parmi les réactions d'immunité spécifique en relation avec les lipoïdes, on doit compter les anticorps ou les antilipoïdes capables de détruire la « cuirasse de graisse » du bacille tuberculeux. La production de ces anticorps serait plus abondante lorsque les lipoïdes sont associés à une albumine complexe.

Les lipoïdes peuvent être administrés, en grosse quantité, en vue de constituer des dépôts dans l'organisme. Ils peuvent être aussi administrés à petite dose en vue de provoquer une thérapeutique d'irritation spécifique ou non spécifique. Dans ses recherches cliniques, W. s'est adressé à une association d'un lipoïde organique avec le yatren (Lipatren). Ce médicament a été administré à 28 tuberculeux présentant des lésions manifestement fibreuses et qui étaient déjà soignés depuis plus de 6 mois par la cure habituelle de sanatorium. Sur 14 d'entre eux qui présentaient des bacilles dans les crachats au début, il en est 10 chez qui ceux-ci ont disparu. De même, la température est redevenue normale chez 12 malades sur 18 qui en faisaient. On a remarqué cependant, chez une partie des malades ainsi traités, une élévation de température de 2 à 3/10 dans les 24 heures qui suivaient l'injection du médicament. La sédimentation des globules rouges a été de même généralement augmentée dans les 6 ou 8 heures après l'injection. Ces faits montrent que la médication agit comme un irritant de l'organisme dont le dosage doit être réglé, précisément en tenant compte des variations de la vitesse de sédimentation. En outre, il a constaté de la lymphocytose sous l'influence du traitement. Mais la formule d'Arneth n'a que rarement été déplacée vers la gauche. L'auscultation a montré parfois une réaction de foyers caractéristiques. Mais ces réactions ont été toujours très brèves à cause du soin avec lequel le médicament a été dosé. Il semble, d'ailleurs, que ce procédé du traitement ne puisse être appliqué que dans une clinique mais non par le médecin praticien.

P.-E. MORHARDT.

Max Edwin Bircher. ***L'influence d'un régime fructo-végétarien principalement cru sur la viscosité, l'hémoglobine et la pression du sang*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LVIII, nº 40, 6 Octobre 1928). — Une série assez importante de malades parmi lesquels des goutteux, des rhumatisants, des migraineux, des diabétiques, des obèses, des hyperthyroïdiens, et surtout une proportion considérable de malades de l'estomac, ont été examinés à leur entrée et à leur sortie aux trois points de vue suivants : on a d'abord déterminé l'hémoglobine du sang par la méthode Sahli, puis la pression du sang par la méthode de Riva-Rocci et surtout la viscosité du sang par la méthode de W. R. Hess. A la viscosité en effet, B. attribue une plus grande importance que W. R. Hess lui-même, pour qui les variations de la viscosité sont aisément compensées par d'autres données de la dynamique circulatoire.

Pendant leur séjour au sanatorium, les malades étaient tous soumis à un régime extrêmement particulier dans lequel les aliments cuits ne figuraient qu'exceptionnellement ou pour une très petite part ; les fruits ou les légumes crus, les noix, un peu de pain et de beurre en forment le fond. Au total, ce régime fournit, par jour, 1.923 calories dont 840 calories de corps gras, 139 d'albumine et 944 d'hydrate de carbone.

D'une manière générale, sous l'influence de ce régime la viscosité du sang s'est rapprochée de la normale. Les cas d'hyperviscosité et les cas d'hypoviscosité ont également diminué, de sorte que les cas normaux allant de 4 à 5,3 se sont trouvés plus nombreux à la sortie. La longueur du séjour a eu une influence en ce sens que les malades restés trois mois au sanatorium ont vu leur viscosité diminuer davantage que ceux qui n'y étaient restés que deux mois. Sur 505 cas, il n'y aurait eu à ces règles que 19 exceptions survenues en cas de maladie assez grave.

Pour l'hémoglobine du sang, on a constaté également entre les valeurs d'arrivée et celles de départ une différence importante. L'hémoglobine a en effet diminué chez 221 malades sur un total de 514 examinés. Chez les autres, elle est restée stationnaire. Ainsi pour B., l'alimentation pratiquée dans ces sanatoriums aurait pour effet en première ligne d'agir sur la viscosité dont la signification hemodynamique serait considérable et, parallèlement, de diminuer l'hémoglobine quand l'abaissement de la viscosité est nécessaire.

P.-E. MORHARDT.

M. Minkowski et A. Sidler. *La dystrophie musculaire progressive et sa transmission héréditaire* (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LVIII, nº 41, 13 Octobre 1928). — Il a été étudié, au point de vue clinique par M. et au point de vue héréditaire par S., une série de 13 malades atteints de dystrophie musculaire progressive et provenant d'une vallée suisse très écartée du mouvement. Le diagnostic pour ces 13 cas ne paraît pas douteux. Ils datent tous de l'enfance ou de la jeunesse, sauf un seul qui se serait produit aux environs de 40 ans. A l'absence de troubles de la sensibilité, s'associe l'abaissement simple de l'excitabilité galvanique et faradique avec, dans quelques cas, la réaction partielle de dégénérescence. Parfois on a observé des secousses fibrillaires isolées ou même étendues. On peut donc supposer que, dans les phases tardives de la maladie, l'association entre les fibres musculaires et les terminaisons nerveuses disparaît et qu'il en résulte un état « aneural ». Dans un cas, il semble même y avoir une combinaison particulière de dystrophie musculaire et de lésions du neurone moteur rappelant la poliomyélite antérieure. Des fractures spontanées (ostéomyopathie), des anomalies du crâne et des pieds, des modifications plus ou moins analogues à l'éléphantiasis, de l'ichthyose, de l'œdème trophique ont été également observés. Un phénomène fréquent a été une tendance à l'adiposité générale ou même à la dystrophie adiposo-génitale. Au point de vue psychique, les facultés intellectuelles et affectives étaient intactes. L'affection a toujours eu pour point de départ la ceinture iliaque. La musculature des membres inférieurs et supérieurs fut atteinte de l'extrémité proximale à l'extrémité distale. Mais le visage et la musculature de l'épaule sont restés toujours intacts. On n'a pas observé de contractures.

Ce qui a été le plus atteint chez ces malades, ce sont des tissus dérivés du mésoderme (muscle, os, tissu graisseux). Il est possible aussi que des facteurs endocriniens, notamment l'hypophyse ou l'hypophyse et le plancher du 3e ventricule, aient été atteints. Il est possible aussi qu'il y ait une combinaison d'un facteur neuro-endocrinien, associée à un facteur de dysplasie siégeant dans les muscles.

Au point de vue héréditaire, le second des deux auteurs de ce mémoire fait remarquer que la vallée où ces malades ont été observés comprend 1.700 âmes et que l'ascendance des malades a pu être suivie jusqu'aux environs de l'an 1600. On constata depuis 1919 que 10 pour 100 des mariages sont consanguins jusqu'au 3e degré. Auparavant la moitié des mariages étaient consanguins jusqu'au 4e degré. Néanmoins, il n'a été observé dans cette population aucune anomalie comme l'idiotie, le nanisme, etc. Les 13 dystrophiques étudiés provenaient de 10 ménages ayant donné naissance à 68 enfants dont 32 morts dans la première enfance. Cette proportion est extrêmement élevée.

Le facteur héréditaire de dystrophie musculaire s'est montré récessif par l'analyse de l'arbre généalogique. Tous les parents des malades doivent être considérés comme hétérogamétiques. Tous ces malades sont à la fois descendants des deux ancêtres du XVIe siècle : R. Balt et H. Uli, qui doivent être considérés comme les porteurs originaux du germe morbide. Il y a lieu de considérer que si le mode de transmission de cette disposition était simplement récessif, il devrait y avoir environ 25 pour 100 de malades parmi les frères et sœurs des familles considérées. Or, on n'en observe que 12 pour 100 alors que si la disposition était doublement récessive on devrait n'en observer que 6,25 pour 100. Il est possible, d'ailleurs, que la mortalité si élevée chez les frères et sœurs des malades ait quelque peu modifié le résultat statistique. On constate par l'étude de la littérature que le type facio-huméral de la dystrophie musculaire se transmet comme un caractère dominant. Au contraire, la dystrophie qui débute par la ceinture iliaque se montre toujours récessive. Il faudrait admettre que l'atrophie musculaire résulte de la combinaison de deux dispositions qui, individuellement, seraient incapables de provoquer une maladie. P.-E. MORHARDT.

Max Edwin Bircher. *L'influence d'un régime fructo-végétarien principalement cru sur la viscosité, l'hémoglobine et la pression du sang* (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LVIII, nº 41, 13 Octobre 1928). — La seconde partie de ce mémoire est consacrée à l'influence du régime qu'on a vu sur la pression du sang. Le plus grand nombre des malades ainsi traités avaient, à l'arrivée, une pression normale de 100 à 120 mm. Comme pour la viscosité, les cas extrêmes ont manifesté une tendance à revenir à la normale. Chez les malades dont la viscosité a diminué, on a presque toujours constaté parallèlement une diminution de la pression. Chez les malades qui, pendant la cure, ont eu leur viscosité augmentée, au contraire, la pression a généralement augmenté, les deux facteurs restant les mêmes dans les cas moyens. Chez un certain nombre d'artérioscléreux, on a notamment constaté, en même temps qu'une dilution du sang, un abaissement de la pression. P.-E. MORHARDT.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Berlin)

Friedrich Curtius. *Recherches sur le système veineux humain* : III. *Varice de la cloison et maladie de Osler comme symptôme d'une dysplasie veineuse héréditaire (status varicosus)*. (*Klinische Wochenschrift*, tome VII, nº 45, 4 Novembre 1928). — C. désigne par *status varicosus* l'état des individus qui présentent des phlebectasies simples ou variqueuses au niveau des jambes, du tronc (nuque, sacrum, rebord costal) ou du visage et des angiomes, des hémorroïdes, des varicocèles, des nævus vasculaires. A cette symptomatologie, s'ajoutent parfois des varices de la cloison nasale et des épistaxis habituelles. Sur 1.762 hommes présentant ce status varicosus, il en a été trouvé 86 qui avaient assez souvent des épistaxis habituelles. La fréquence de ces cas d'épistaxis augmente à la puberté pour diminuer un peu chez les gens âgés. Chez 318 jeunes filles de 6 à 14 ans, il en a été trouvé 6. Ces chiffres montrent, pour C., que ce symptôme est surtout constaté chez des gens qui présentent d'autres signes de status varicosus.

Ces symptômes s'observent également dans les cas de maladie de Osler ou téléangiectasie hémorragique héréditaire. C. a pu étudier une famille dans laquelle la maladie de Osler, associée ou non à des hernies, s'est observée au cours de 4 générations. Cette maladie se transmet comme un caractère dominant. C. réunit, d'autre part, les observations d'une trentaine d'auteurs d'où il résulte que la maladie de Osler est souvent confondue avec l'hémophilie. Il fait d'ailleurs remarquer que les traités des maladies du sang étudient rarement le diagnostic différentiel entre ces deux maladies et que la néphrite et l'albuminurie se retrouvent fréquemment dans les familles où s'observe ce syndrome. Il ressort de ces constatations qu'il y a intérêt à rechercher en cas d'épistaxis habituelle les autres signes de status varicosus. P.-E. MORHARDT.

C. Haebler et R. Hummel. *L'action provocatrice de douleur du ion K.* (*Klinische Wochenschrift*, tome VII, nº 45, 4 Novembre 1928). — On a montré qu'une augmentation de la pression osmotique joue un rôle dans la douleur provoquée par un foyer d'inflammation. Il a été montré de même que l'acidité locale intervient car, avec une injection d'un liquide de p_H plus petit que 7,2, on provoque une douleur vive. Mais certaines espèces d'ions paraissent devoir intervenir à cet égard. Les solutions de KCl, même isotoniques, provoquent, en effet, des douleurs que NaCl, $CaCl^2$, $MgCl^2$ ne provoquent pas. En adoptant la technique utilisée par Gaza et Brandi, c'est-à-dire en injectant 0,2 cmc de la solution à expérimenter dans la peau et en prenant soin que la vitesse d'injection, la température et le pouvoir osmotique soient toujours les mêmes, il a été fait par H. et H. une série de recherches pour étudier les effets respectifs des ions Na et K. On a constaté que plus la réaction est acide, plus la douleur provoquée est intense. Mais elle dure au plus 20 secondes. Dans les solutions auxquelles K a été ajouté, la douleur varie également avec la réaction mais elle est considérablement plus forte, au point qu'avec un p_H égal à 5,68 elle est considérée comme insupportable, tandis qu'avec Na, elle est supportable. En outre, avec K, elle dure au moins 15 minutes et souvent une heure. En outre K provoque, même dans une solution alcaline, une hyperémie bien plus durable et bien plus étendue que Na. En faisant varier la richesse des solutions en K, on constate que celles qui en contiennent plus de 12 milligr. pour 100 gr. sont douloureuses. En ajoutant Ca à des solutions de K, on les rend moins douloureuses, si elles ne sont pas trop concentrées.

Au point de vue clinique, il y a à considérer que dans toute inflammation il apparaît une proportion importante de K par destruction cellulaire. En même temps, l'acidité locale est augmentée surtout au centre. Dans les plaies, il y a au début également production instantanée de liquide riche en K à quoi viennent s'adjoindre ultérieurement des substances acides. P.-E. MORHARDT.

Fritz Lasch. *Influence de l'ergostérine irradiée (vigantol) sur la cholestérine et le calcium du sang chez l'adulte* (*Klinische Wochenschrift*, t. VII, nº 45, 4 Novembre 1928). — Il y avait intérêt à rechercher l'influence de l'administration de vigantol prolongée pendant des semaines et des mois à la dose de 4 milligr. par jour chez des adultes. Ces tentatives thérapeutiques ont été faites sur des personnes atteintes des affections les plus diverses. Dans les 14 cas où les dosages de la cholestérine du sang ont été faits régulièrement, il a été constaté que sous l'influence de ce médicament, la cholestérine augmente de plus de 10 pour 100. Mais l'importance de cette augmentation n'est pas en rapport direct avec la quantité d'ergostérine administrée. Dans quelques cas, après une augmentation passagère, la cholestérine a diminué et dans 4 cas, elle n'a pas bougé du tout. Dans un cas d'hypertension et d'artériosclérose, l'administration de 144 milligr. de vigantol a fait nettement augmenter la cholestérine du sang tandis que chez une autre personne atteinte de la même maladie et du même âge, 264 milligr. de vigantol n'ont eu aucun effet.

Le calcium du sang a été étudié dans 9 cas. Chez 7 d'entre eux, il a été constaté une augmentation qui a dépassé 10 pour 100.

Au point de vue clinique, on n'a constaté aucune modification en bien ou en mal, sauf dans 2 cas d'ostéomalacie et dans 1 cas d'anémie pernicieuse. Dans les 2 cas d'ostéomalacie, il semble que le médicament ait eu un effet remarquable. Par contre, l'anémie pernicieuse ayant été traitée en même temps avec 300 gr. de foie par jour, il ne peut être attribué d'influence certaine à l'ergostérine. Dans ces 3 cas, il y a eu augmentation de la cholestérine et du calcium du sang. P.-E. MORHARDT.

Berta Aschner. *La thérapeutique de l'obésité* (*Klinische Wochenschrift*, tome VII, nº 47, 18 Novembre 1928). — Dans certaines obésités, il y a rétention d'eau et de sel. On a ainsi pu parler d'hydrolipomatose. Volhard a montré d'autre part que, dans certaines néphrites, une diurèse importante peut être déterminée par la méthode du « coup d'eau ». Ces considérations ont amené A. à voir si, par cette méthode, on peut obtenir des résultats intéressants chez les obèses. La méthode employée a consisté à faire boire le matin, au lit, 1 litre 1/2 d'eau ou de thé léger non sucré sans rien donner à manger pendant les 4 ou 5 heures qui suivent. Pour le reste de la journée, on donne une alimentation sèche et peu irritante. Ce traitement a été fait à 11 malades. Dans 2 cas seulement, le poids n'a pas changé. Dans les 9 autres cas, il y a eu diminution qui a varié de 400 à 2.500 gr. dans les 24 heures et qui, pour 6 personnes, a atteint au moins 1.000 gr. Il a été constaté que ces pertes de poids n'étaient pas seulement dues à une augmentation de la diurèse, mais aussi à une augmentation de la perspiration. Chez une femme de 44 ans, pesant 164,5 kilos,

il fut donc procédé au « coup d'eau ». Déjà dans les 4 premières heures, il fut éliminé 1.980 cmc d'urine et la perte de poids pour les 24 heures atteignit 1.800 gr., tandis que 2 cmc de salyrgan, administrés 8 jours plus tard, ne déterminèrent qu'une perte de poids de 1.500 gr. Une autre observation d'une jeune fille de 16 ans pesant 86 kilogr. montre également que le « coup d'eau » a pu faire perdre 2.500 gr. dans les 24 heures.

Mais il est des cas où les succès ne sont pas si éclatants, notamment lorsque avec un régime, le salyrgan ou la thyroïdine, on est déjà arrivé à réduire appréciablement la proportion d'eau des tissus. Il serait donc recommandable de n'appliquer cette méthode qu'une fois par semaine pour en tirer des résultats durables. P.-E. Morhardt.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

Karrenberg. *La trichotillomanie* (*Dermatologische Wochenschrift*, tome LXXXVII, n° 45, 10 Novembre 1928). — A propos d'un cas personnel, K., passe en revue les cas publiés dans la littérature de cette lésion bien décrite par Hallopeau.

Il s'agit de plaques alopéciques faites par un enfant le plus souvent, parfois par un adulte (et alors ce tic s'associe à des déviations psychiques plus importantes), non par simulation, mais par un mouvement automatique devenu habituel. Sur la plaque alopécique, la peau est normale; on y trouve par places des cheveux sains éparpillés qui ont échappé à l'épilation.

Dans les cas de K. il s'agissait d'une enfant relativement jeune (2 ans) dont le tic remontait à quelques mois; elle plaçait les cheveux arrachés dans son lit; puis quand on voulut l'empêcher sous peine de punition, elle fit une boulette de sa pincée de cheveux (25 à 30) et les avala.

Le traitement consiste à couper les cheveux ras, ce qui supprime la possibilité de l'épilation, puis dans l'éducation du geste et la surveillance de l'enfant. R. Burnier.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA
(Stockholm)

H. Malmros (de Lund). ***Etudes sur la glycosurie et, en particulier, sur l'interprétation à donner aux réductions positives fortuites*** (*Acta medica Scandinavica*, suppl. XXVII, 1928). Dans la première partie de ce mémoire de 300 pages, M. étudie un point souvent débattu, à savoir la fréquence avec laquelle se rencontrent des substances réductrices dans l'urine des sujets sains et des malades ne présentant pas de signes subjectifs de diabète. De ses nombreuses recherches exécutées avec les réactions de Nylander et de Benedict, il résulte que l'urine des sujets sains renferme très fréquemment un hydrate de carbone qui, comme le glycose, fermente avec la levure ordinaire et qui, le plus souvent, donne avec la phénylhydrazine des osazones identiques à celles obtenues avec le glycose. On trouve surtout ces osazones dans les urines excrétées pendant les deux heures qui suivent les repas. Bien qu'il n'ait pas été possible d'apporter une démonstration chimio-analytique absolument irréfutable, ces recherches indiquent que le glycose se rencontre dans l'urine normale.

S'il est relativement peu fréquent, au cours des examens d'urine journaliers, de trouver, chez les sujets sains et les malades sans symptômes subjectifs de diabète, une réaction de réduction positive, cette éventualité, pourtant, ne doit pas être considérée comme négligeable en pratique, et tout médecin est appelé à la rencontrer, qu'il examine des malades ou qu'il ait à délivrer des certificats de santé (assurances sur la vie, etc.). On trouve surtout cette réaction positive avec une assez grande fréquence quand on examine l'urine sécrétée dans les deux heures consécutives aux repas, et l'épreuve de la phénylhydrazine montre alors que, le plus souvent, la réduction est bien due à la présence de glycose. De même, après ingestion de 1 gr. de glycose par kilogr., on obtient souvent une réduction, et on peut fréquemment mettre en évidence des glycosazones. La glycosurie alimentaire n'est donc pas une rareté, et l'urine normale renferme probablement le plus souvent de petites quantités de glycose (glycurésie alimentaire de Benedict).

Les recherches de M. faites chez des étudiants passant des examens ne permettent pas de croire que la glycosurie émotionnelle joue un rôle chez les sujets normaux.

L'ingestion de médicaments salicylés ne paraît pas avoir une importance notable comme cause adjuvante dans la production de réactions de réduction positives. Pratiquement, la glycosurie alimentaire semble de beaucoup le plus important des facteurs qui peuvent donner lieu à une réaction positive.

L'étude de la glycémie permet d'approfondir la cause de ces réactions de réduction positives. M. a employé la méthode de Bang qui donne des résultats corrects, surtout si l'on fait un double dosage. Il a étudié la glycémie à jeun et après ingestion de 1 gr. de glycose par kilogr.; avec cette dose, tout le glycose a pratiquement quitté l'estomac au bout de 2 heures. Le régime suivi avant l'épreuve a une grosse importance. Une alimentation pauvre en hydrates de carbone produit une hypersensibilité aux hydrates de carbone se traduisant par une hyperglycémie considérable et prolongée lors de l'épreuve de la tolérance, et même souvent de la glycosurie. De même, si un jeûne assez prolongé précède l'épreuve, on réalise une hypersensibilité aux hydrates de carbone. Aussi importe-t-il de faire l'épreuve 12 heures après le dernier repas et de maintenir auparavant les sujets à un régime mixte ordinaire.

Les résultats obtenus ne viennent pas pleinement confirmer l'opinion qui attribue un rôle important à l'émotion, à la douleur et à la peur dans la production d'une hyperglycémie chez l'homme. Si l'on prélève le sang au lobule de l'oreille, il n'y a pas lieu, en pratique, de tenir compte de l'hyperglycémie émotionnelle.

Chez les sujets sains, la glycémie à jeun ne dépasse pas 0,11 pour 100, et, à l'épreuve d'hyperglycémie provoquée, ne doit pas s'élever au-dessus de 0,20 pour 100 entre 20 et 30 ans. Deux à trois heures après, le sucre du sang est revenu à son niveau initial. Chez les sujets âgés, cette élévation est souvent plus marquée et plus durable.

M. rejette l'emploi de la méthode de Traugott (dose de glycose ingérée en deux fois à 1 heure d'intervalle) qui permettrait de distinguer les glycosuries bénignes du diabète, car l'élévation de la glycémie se rencontre souvent chez des sujets absolument normaux après la seconde dose tout aussi bien qu'après la première.

Dans la dernière partie, M. analyse les résultats de ses recherches chez les sujets qui ont présenté occasionnellement une réduction positive, sans avoir de symptômes de diabète. Il arrive aux conclusions suivantes: dans la plupart des cas, cette constatation n'a pas d'importance pratique. Elle est souvent l'expression d'une simple glycosurie alimentaire physiologique. Dans d'autres cas, la glycosurie est plus prononcée, bien que de nature bénigne, et le terme de « glycosurie innocente » est pleinement justifié. Parfois, cependant, la glycosurie est de nature diabétique. Dans ces cas également, le pronostic est favorable. Si le sujet a une glycémie normale à jeun lors d'un examen isolé et sans qu'un régime ait été antérieurement suivi, cette constatation est contre l'hypothèse d'un diabète. Cependant, il ne s'agit pas là d'une certitude, car des cas de diabète bénin peuvent avoir une glycémie à jeun normale tout au début de la maladie. Une certitude plus grande est fournie par l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée qui doit être associée à la recherche de la glycémie à jeun pour parvenir à un diagnostic exact.

En terminant, M. discute la nature du diabète « rénal ». La glycosurie, dans ces cas, n'est pas attribuable à une insuffisance pancréatique, car elle résiste à l'insuline. Elle ne semble pas relever non plus, d'après les épreuves faites par M., d'une instabilité particulière du système nerveux végétatif. Il est fréquent de rencontrer la glycosurie avec abaissement du seuil du glycose chez plusieurs membres d'une même famille. Il semble donc que cette valeur abaissée du seuil soit une qualité congénitale liée à une prédisposition héréditaire. P.-L. Marie.

A. Gronberg et A. Lundberg. ***Action de la lécithine sur le nombre et la résistance des globules rouges*** (*Acta medica Scandinavica*, tome LXIX, n° 1, Août 1928). — Les expériences de G. et L. faites avec une émulsion de lécithine dans la glycérine (helpine) établissent que *in vitro* comme *in vivo*, aussi bien chez le lapin que chez l'homme, la lécithine agit en augmentant la résistance des globules vis-à-vis des solutions chlorurées sodiques hypotoniques. L'accroissement de résistance dû à la lécithine se retrouve également *in vitro* vis-à-vis de substances hémolysantes telles que la saponine et l'extrait de *Bothriocéphalus latus*. Pour que cette action de la lécithine se manifeste, il faut que cette substance soit à l'état d'émulsion, grâce à l'addition d'un corps tel que l'huile ou la glycérine, et qu'elle ait été soigneusement agitée mécaniquement.

Les recherches faites *in vivo* ont également démontré l'augmentation du nombre des hématies, déjà constatée par Magat entre autres.

L'augmentation de la résistance et du nombre des globules rouges observée en clinique est de même nature et présente la même évolution tant chez les anémiques que chez les sujets à sang normal.

Quant au mécanisme intime de l'action de la lécithine, les expériences ne permettent pas de l'élucider mais il est probable que l'action *in vivo* est d'une nature aussi simple que l'action physico-chimique qui se passe *in vitro*. P.-L. Marie.

E. B. Salen et T. Nyren. ***Insuline, synthaline et glukhorment*** (*Acta medica Scandinavica*, t. LXIX, n° I, Août 1928). — Avec l'insuline et la synthaline ou décaméthylène-diguanidine, nous disposons de deux médicaments antidiabétiques ayant une action presque identique sur la régulation du sucre et il existe certaines raisons de penser que la première pourrait être comme la seconde un dérivé d'un acide aminé renfermant le groupe de la guanidine. Un troisième antidiabétique, le glukhorment, doué d'une action physiologique analogue, est préparé à partir du tissu pancréatique et son action hypoglycémiante est liée à une substance chimiquement identique à la synthaline, ce qui éveille l'idée d'une parenté chimique étroite entre les deux éléments extrêmes de la chaîne, la synthaline et l'insuline. S. et N. essaient ici d'établir que cette parenté se retrouve dans le mode d'action de ces substances. Ils ont eu recours à la méthode indiquée par Lœwi (de Graz), basée sur la mesure de la fixation du glycose par les hématies.

On admet en général que le diabète dépend d'un trouble dans le métabolisme du sucre qui primitivement concerne l'élaboration chimique du glycose à l'un de ses stades; secondairement, il se produirait dans les tissus, et par suite dans le sang, une accumulation de glycose non modifié conditionnant l'hyperglycémie, symptôme cardinal du diabète. Le rôle de l'insuline serait d'activer l'élaboration chimique du glycose dans les tissus, faisant disparaître ainsi de grosses quantités de sucre des tissus, diminuant de la sorte l'hyperglycémie. Lœwi admet au contraire que l'ordre des processus est inverse. Fondamentalement et primitivement, il y aurait diminution du pouvoir de fixation du glycose par les cellules de l'organisme; secondairement et par voie de conséquence, diminution de l'élaboration chimique du glycose dans les tissus. L'insuline supprimerait cette insuffisance de fixation du glycose en accroissant le pouvoir de fixation des cellules et en créant ainsi les conditions permettant une élaboration chimique et une utilisation meilleures du glycose. Cette dernière phase ne serait donc plus un effet de l'insuline, mais une con-

séquence de l'effet de l'insuline. Lœwi invoque à l'appui de sa conception les expériences suivantes. Si l'on met en présence des hématies lavées, du plasma et une solution de glycose isotonique à 1 pour 100 et qu'on dose le glycose au bout de 10 minutes, on constate l'absorption d'une certaine quantité de glycose par les hématies, à peu près constante. Si l'on ajoute de l'insuline avant l'expérience, la fixation du glycose par les cellules augmente et ce supplément de glycose se trouve rapidement détruit. D'autre part, les hématies saturées de glycose en présence d'insuline abandonnent moins de ce glycose qu'en l'absence d'insuline. L'insuline agit donc en augmentant la fixation du glycose et, d'autre part, en inhibant la sortie du glycose fixé.

Certaines recherches ultérieures ayant paru contredire celles de Lœwi, S. et N. ont repris les expériences de cet auteur, mais en comparant en outre l'action de l'insuline à celle de la synthaline et du glukhorment. Ils ont pu confirmer les résultats de Lœwi avec l'insuline et constater que la synthaline et le glukhorment exercent un effet absolument concordant avec celui de l'insuline sur la fixation du glucose par les hématies. Il n'y a qu'une différence quantitative.

Le taux du glycose fixé par les hématies avant l'addition d'insuline est toutefois plus variable que ne l'a trouvé Lœwi. En présence d'insuline, on obtien une augmentation de la quantité fixée qui atteint jusqu'à 180 pour 100, et qui est plus grande en présence de plasma qu'en présence d'eau physiologique. La synthaline et le glukhorment augmentent la fixation de 140 à 150 pour 100, quel que soit le milieu. D'après ce qu'on sait de la constitution chimique du glukhorment, ces expériences semblent bien montrer que la fixation du glycose est liée à la présence dans le glukborment de la substance semblable à la synthaline qu'y a décelée l'analyse.

Ces recherches viennent à l'appui de la conception de Lœwi qui considère comme spécifique l'action de l'insuline sur la fixation du glycose. De plus, elles plaident en faveur du rôle que Lœwi attribue à l'insuline *in vivo* dans la régulation du métabolisme du glycose.

L'action qualitative identique des trois substances antidiabétiques conduit en outre à admettre que le constituant actif de l'insuline est une substance très proche de la décaméthylène-diguanidine.

P.-L. MARIE.

ACTA DERMATO-VENEREOLOGICA

(Stockholm)

Carol et Ch. Ruys. ***Aphtes et ulcère aigu de la vulve*** (*Acta dermato-venereologica*, tome IX, fasc. 2, Septembre 1928). — C. et R. rapportent 3 cas de cette affection dont Lipschütz a décrit 3 formes : une *forme gangreneuse*, dans laquelle les ulcérations vulvaires, escarrotiques, apparaissent rapidement en pleine santé et s'accompagnent de frissons, de fièvre et phénomènes généraux graves ;

Une *forme vénérienne*, qui ressemble au chancre mou et qui survient sans fièvre, ni phénomènes généraux ;

Une *forme miliaire*, avec ulcérations grandes comme des têtes d'épingle, apparaissant sur les grandes lèvres en quelques jours.

Dans le pus des ulcérations on trouve habituellement le *bacillus crassus*.

Cet ulcère vulvaire aigu s'accompagne parfois d'ulcérations aphteuses de la bouche, comme dans un cas de C. et R. Mais dans le pus de l'ulcération aphteuse, on trouve des diplocoques à Gram positif ou de courts diplo-bacilles, mais pas de *bacillus crassus*.

L'ulcère aigu de la vulve n'est pas toujours multiple; il peut être solitaire comme dans le premier cas de C. et R.; il peut survenir chez la femme enceinte.

Il est important de connaître cette forme, afin de ne pas la confondre avec une affection vénérienne; la recherche du *bacillus crassus* permettra le diagnostic.

R. BURNIER.

THE BRITISH JOURNAL of SURGERY

(Londres)

Arnold K. Henry (du Caire). ***Une opération sur l'avant-bras pour permettre la préhension après perte de la main*** (*The British Journal of Surgery*, tome XVI, nº 62, Octobre 1928). — H. réussit à créer un pouce artificiel chez un homme amputé par traumatisme au niveau du poignet. Il détacha du bord externe du radius une bande osseuse ayant à peu près les dimensions d'un pouce normal, y compris le métacarpien. Le nouveau fragment entraîna avec lui les tendons extenseurs du pouce, ceux du long abducteur et du court extenseur. Les tendons du long fléchisseur du pouce et du radial furent transplantés en bloc avec l'artère radiale à la face de flexion du doigt artificiel, le radius et le cubitus raccourcis. L'opposition est produite par la pronation du radius, tandis que la supination ramène le nouveau pouce à sa position de repos.

Grâce à ce doigt artificiel, l'amputé, en s'entraînant, réussit à saisir un objet, à le tenir, à écrire, etc.

ROBERT CLÉMENT.

ARCHIVES OF PATHOLOGY and LABORATORY MEDICINE

(Chicago)

E. M. Hall et E. M. Butt. ***Cirrhose pigmentaire expérimentale par intoxication par le cuivre; ses relations avec le diabète bronzé*** (*Archives of Pathology*, tome VI, nº 1, Juillet 1928). — Mallory et ses collaborateurs ont rapporté en 1921 qu'ils avaient réalisé la cirrhose pigmentaire du foie, expérimentalement, par intoxication avec des sels de cuivre. Depuis lors on a tenté de trouver en clinique une relation étiologique entre le diabète bronzé et une intoxication cuivrique et Mills y serait parvenu pour une dizaine de cas.

H. et B. n'ont pas d'observation clinique. leur travail est purement expérimental, mais les résultats qu'ils ont obtenus paraissent très démonstratifs. Sur le lapin, le rat et le mouton, ils ont pu réaliser une surcharge pigmentaire considérable du foie, et à moindre degré d'autres parenchymes, en faisant ingérer des sels de cuivre sous différentes formes, comme en pratiquant des injections d'acétate de cuivre. Au bout de plusieurs mois, ils ont constamment trouvé des lésions hépatiques analogues à celles du diabète bronzé au début.

Dans le foie ils ont pu déceler par l'analyse chimique de fortes quantités de cuivre et aussi de fer. Cette quantité est proportionnelle à l'abondance du pigment qui est l'hémofuscine. Ils pensent donc que ce pigment, malgré que ne donnant pas les réactions microchimiques du cuivre ni du fer, est en réalité un composé de ces deux métaux et ils disent l'avoir démontré en ce qui concerne le fer. A côté de l'hémofuscine, on trouve dans le foie un peu d'hémosidérine, pigment ferrique. Ces deux pigments dériveraient de l'hémoglobine et leur dépôt serait secondaire à l'altération de la cellule hépatique par l'action toxique du cuivre.

Dans ces expériences, l'alcool associé au cuivre en ingestion n'a pas aggravé les lésions hépatiques, au contraire, en sorte que son rôle pathogène dans la cirrhose pigmentaire apparaît à H. et B. comme très douteux.

P. MOULONGUET.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY

(Chicago)

H. Fox. ***Caratès (pinta) observés en Colombie*** (*Archives of Dermatology and Syphilology*, t. XVIII, nº 5, Novembre 1928). — F. a observé à Santa Maria, en Colombie, 50 malades atteints de caratès. 20 présentaient en quelque point du corps des plaques pigmentées bleuâtres ; il existait en outre des parties dépigmentées, un fin réseau et un certain état bigarré de la peau. Les extrémités des membres étaient toujours atteintes. Dans 15 cas, la face et la nuque montraient des lésions. Dans quelques cas, l'éruption était généralisée et profuse. Le prurit faisait habituellement défaut. Les cheveux, les ongles, les muqueuses, les paumes des mains et les plantes des pieds étaient respectés. La plupart des malades étaient des hommes adultes de sang mêlé noir et indien.

Les cultures faites avec les squames de caratés bleus sur milieu de Sabouraud montrèrent surtout des *Aspergillus*, des *Penicillium* et quelques *Tricophytons*.

La biopsie de quelques lésions cutanées décela la vacuolisation des cellules du réseau malpighien, l'absence de fibres plastiques dans la région papillaire et sous-papillaire et une dystrophie pigmentaire. On ne trouva pas de champignons sur aucune des coupes.

R. BURNIER.

BULLETIN of the JOHNS HOPKINS HOSPITAL

(Baltimore)

Sir Humphry Rolleston. ***Quelques maladies de la race juive*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, tome XLIII, nº 3, Septembre 1928). — Certaines maladies sont principalement l'apanage des juifs, bien qu'elles ne leur soient pas absolument propres, et, pour au moins deux d'entre elles, la dégénérescence cérébro-maculaire et la thrombo-angéite oblitérante, lorsqu'elles surviennent chez d'autres que chez des juifs, elles apparaissent plus tardivement et sont moins sévères. L'étude de la constitution en rapport avec la maladie, l'influence de l'hérédité sur celle-ci, l'effet du milieu justifient l'intérêt d'étudier à part les maladies particulièrement communes dans la race juive.

L'idiotie amaurotique familiale se transmet suivant les lois mendéliennes. Il n'y a pas d'inflammation du système nerveux central, pas de lésions vasculaires. On ne peut déceler l'influence d'une toxine bactérienne, d'une malformation, d'un arrêt de développement ou d'un trouble endocrinien. Il s'agit d'une dégénérescence systématisée des tissus ectodermiques par démyélinisation des fibres nerveuses.

R. passe successivement en revue l'idiotie amaurotique familiale, la thrombo-angéite oblitérante, les maladies de Gaucher et de Niemann, le diabète sucré, la pentosurie, l'obésité, l'acromégalie et l'hémoptysie héréditaire, et, pour chacune, il étudie leur caractère familial et héréditaire et ses rapports avec la race juive.

ROBERT CLÉMENT.

BOLETIN INSTITUTO DE CLINICA QUIRURGICA

(Buenos Aires)

O. Ivanissevich, I. Prini et R. C. Ferrari. ***La phrénicotomie dans le traitement des cavités suppurantes supradiaphragmatiques*** (*Boletin del Instituto de Clinica quirurgica*, tome IV, nº 33, 1928). — Le premier cas, dans lequel les auteurs aient été appelés à intervenir au moyen de la phrénicotomie, était celui d'un kyste hydatique de la base du poumon droit ouvert dans les bronches; l'expectoration était abondante, la toux incessante. Dans l'impossibilité de pratiquer un pneumothorax, ils eurent recours à la phrénicotomie, qui calma la toux et supprima en quatre jours l'expectoration.

Les résultats furent aussi brillants dans un cas de pleurésie diaphragmatique drainée avec fistule bronchique et dans un cas de kyste hydatique du foie ouvert dans les bronches.

La technique employée a été la technique classique; les auteurs recommandent de ne sectionner que le tronc du phrénique. De belles radiographies illustrent et confirment leur thèse.

M. NATHAN.

RÉPERTOIRE DE MÉDECINE PRATIQUE

Un classeur des **Répertoires de Médecine pratique** *est en vente à nos bureaux au prix de : France et étranger,* **9** *francs (envoi franco).*

(N° 474)

Traitement des aortites chroniques

I. — ***Traitement hygiénique.***

1° *Éviter la bonne chère et les excès de table.*

Éviter les mets épicés, conserves, gibier, viandes faisandées et marinées, thé, café, vin pur, liqueurs fortes. Manger peu de viande.

Le régime sera surtout lacto-végétarien hypochloruré : lait, légumes secs et frais, poisson, viandes blanches, fruits, peu de sel ;

2° *Éviter les émotions, efforts, exercices violents,* marches rapides et prolongées, montées d'étages, escrime, équitation, bicyclette, séjour au bord de la mer ou sur de hautes altitudes, le froid.

Mener une vie calme au grand air ;

3° *S'abstenir de tabac* ;

4° *Faire des exercices modérés,* gymnastique suédoise modérée, frictions sèches sur tout le corps ; *bains tièdes, carbo-gazeux* ou *tubs tièdes* ;

5° Faire une *cure hydrominérale* à *Royat* ou à *Bourbon-Lancy* (si le myocarde et les reins sont suffisants).

II. — ***Traitement étiologique.***

Dans les aortites syphilitiques, alterner mercure, arsenic, bismuth, à doses aussi intensives que les circonstances le permettent, avec périodes d'arrêt courtes, ne dépassant pas 3 semaines.

1° *Injections intraveineuses de 1 centigr. de cyanure de mercure* (1/2 centigr. pour la première) tous les 2 jours : 10 injections consécutives.

Ou bien :

Onguent napolitain	0 gr. 03 à 0 gr. 06
Beurre de cacao.	3 gr.

pour suppositoire. Un le soir au coucher, à garder la nuit.

Prendre grand soin de la bouche et des dents : lotions au chlorate de potasse. Suspendre en cas de diarrhée ;

2° Injection intraveineuse ou (s'il y a impossibilité matérielle ou contre-indication) lavement dans 100 cmc de sérum physiologique, de *novarsénobenzol* aux doses progressives de 0 gr. 10, 0,15, 0,20, 0,30, 0,40, parfois jusqu'à 0 gr. 75 : une par semaine ; 6 à 10 injections consécutives.

En cas d'insuffisance hépatico-rénale, être très prudent ou mieux s'abstenir.

En cas de fléchissement du myocarde, administrer avant l'injection X à XX gouttes d'adrénaline et une injection d'huile camphrée ; après l'injection faire absorber une tasse de thé chaud avec une cuillerée de potion à l'acétate d'ammoniaque ;

3° Injections intramusculaires 2 fois par semaine, pendant 6 semaines, d'une *ampoule de Quinby ou de Muthanol* ;

4° Dans les intervalles de 3 semaines entre les cures précédentes, prendre chaque jour 1 à 3 gr. *d'iodure de potassium* en potion ou en globules glutineux.

Si l'iodure est mal supporté, faire *des injections intramusculaires de lipiodol* : 2 cmc par jour.

En cas de contre-indication rénale (rétention chlorurée), remplacer l'iodure par des *albumines iodées.*

Suspendre les iodures à la moindre menace d'asthénie cardio-vasculaire ou d'œdème aigu du poumon.

Dans les aortites rhumatismales : 3 à 6 gr. de *salicylate de soude* par jour pendant 12 à 15 jours, 3 à 4 fois par an.

Dans les aortites palustres : *quinine* : 0 gr. 50 à 2 gr. par périodes de 10 à 12 jours, 3 à 4 fois par an.

Alternées avec 3 ou 4 périodes de 6 à 8 lavements hebdomadaires de 0 gr. 30 à 0 gr. 60 de novarsénobenzol dans 100 cmc de sérum physiologique.

Dans la goutte, l'*artériosclérose,* les *intoxications* (saturnisme, tabagisme, alcoolisme, toxémies alimentaires), supprimer le toxique et de plus :

1° *Diététique de réduction, hypochlorurée, hypoazotée,* avec 2 ou 3 jours hebdomadaires intercalaires de diète hydrique ou fruitarienne ou lactée ;

2° *Purgations hebdomadaires ou bimensuelles* avec 4 gr. de sulfate de soude ou bien, 10 jours par mois, une cuillerée à café de sulfate de soude le matin à jeun dans un verre d'eau de Vichy ;

3° Matin et soir, 10 jours par mois, prendre (si l'état conditionnel le permet) 100 à 300 cmc d'*eau d'Evian, Vittel ou Contrexéville,* avec ou sans *théobromine* ; 0 gr. 50, ou *lactose.*

Dans les aortites par angiospasme (surmenages, émotions, grands chagrins, éréthismes nerveux), donner la *valériane,* les *bromures,* les *hypnotiques* (en particulier *chloral* et *nyctal*).

III. — ***Traitement symptomatique.***

1° *En cas de douleurs de périaortite,* appliquer toutes les semaines, sur la région sternale et parasternale, une *mouche de Milan,* ou des *pointes de feu,* ou des *badigeonnages de teinture d'iode,* ou un *cautère* ; ou faire de l'*effluvation* ;

2° *En cas de dyspnée, ventouses, piqûres de morphine.* Si la dyspnée est d'origine toxique : régime lacté, diurétiques ;

3° *En cas d'œdème aigu du poumon* : *saignée* de 300 à 400 gr., *ventouses scarifiées* sur la paroi thoracique et la région du foie. Injections d'huile camphrée, de strychnine, de caféine, d'éther ;

4° *En cas d'asystolie,* repos absolu au lit, régime d'abord hydrique réduit, puis lacté, purgatifs, saignée, injections intraveineuses d'ouabaïne, puis digitale ;

5° *En cas d'urémie* : régime lacté absolu, saignée, ventouses scarifiées, théobromine associée à la poudre de scille.

A. Lutier.

RÉPERTOIRE DE MÉDECINE PRATIQUE

Un classeur des **Répertoires de Médecine pratique** *est en vente à nos bureaux au prix de : France et étranger,* **9** *francs (envoi franco).*

(N° 475)

Lithiase rénale infantile

La présence de calculs dans les calices et le bassinet, voire dans les tubes de Bellini, chez les jeunes enfants, nouveau-nés et nourrissons, est loin d'être rare. Déjà Parrot, dans ses leçons sur l'athrepsie, avait insisté sur les *infarctus uratiques* dessinant sur la coupe des pyramides des traînées jaunâtres ou bronzées disposées en éventail. Cette poussière d'urates alcalins, parfois très abondante, était le résultat de la déshydratation qui amenait la raréfaction et la condensation des urines infantiles. Quand les nourrissons reçoivent, en quantité suffisante, des liquides aqueux ou laiteux, la poussière uratique est aisément balayée par l'excrétion rénale.

Mais les infarctus uratiques ne sont qu'une faible et banale expression de la lithiase rénale ; ils n'en sont que l'ébauche, la formation initiale et incomplète, le plus souvent passagère, et sans réactions ni séquelles pathologiques. En dehors de cette poussière, nous avons souvent rencontré, à l'autopsie d'enfants plus ou moins athrepsiés des crèches hospitalières, de véritables calculs uriques, uniques ou multiples, fixés ou mobiles dans les calices et bassinets des reins. Pendant la vie, aucun symptôme pouvant mettre sur la voie de la lithiase rénale. Les calculs, très inégaux de forme et de dimensions, durs comme de petits cailloux, peuvent migrer dans les uretères et la vessie, s'y arrêter ou bien sortir avec les urines par le canal de l'urètre. On a pu observer de véritables coliques néphrétiques chez certains enfants poussant des cris, se tordant de douleur sur leur berceau, rendant enfin par les urines un calcul friable ou non qu'on retrouvait dans les langes après la crise et qui permettait de faire le diagnostic. Chez d'autres enfants, la crise est moins nette, mais l'examen des urines révèle du sang ou du pus, qui porte témoignage en faveur de la lithiase rénale. Enfin, il ne faut pas oublier que les calculs de la vessie, rencontrés assez souvent dans la seconde enfance, sont le résultat de la migration des calculs du rein formés dans la première.

L'origine de la lithiase rénale infantile est dans l'alimentation : déshydratation par insuffisance de liquides, par vomissements incoercibles, par entérite cholériforme dans le premier âge, par suralimentation, régime trop azoté dans le second.

Le diagnostic, rendu difficile par la pénurie des renseignements, imputable à l'âge, sera éclairé par la radiologie qui permet souvent de situer les calculs et d'en présumer la forme, le nombre, etc.

1° La prophylaxie consiste en une bonne alimentation : allaitement naturel si possible, allaitement artificiel bien réglé ; prévenir la déshydratation en faisant ingérer une quantité suffisante de liquide (eau ou lait). En cas d'appendicite aiguë, d'entérite cholériforme, de maladie entraînant une grande déperdition humorale, ne pas pousser trop loin la diète absolue, et quand l'enfant ne peut ingérer ni conserver les boissons ingérées, y suppléer par les lavements goutte-à-goutte, par les injections hypodermiques d'eau salée ou de sérum glucosé.

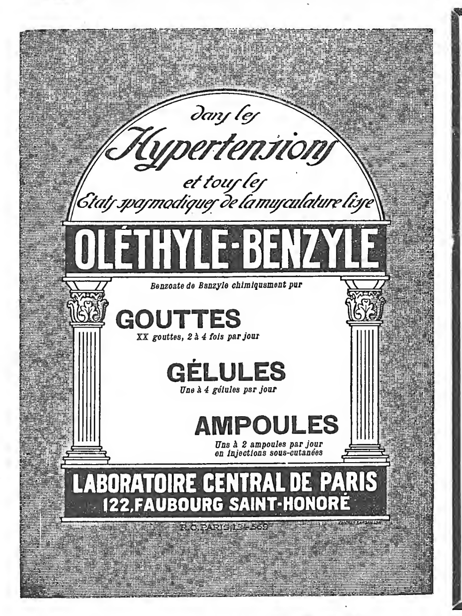
2° Quand l'enfant commence à manger, penser à la suralimentation, modérer les gros appétits, rationner les aliments très azotés, les œufs, les viandes, le poisson, maintenir jusqu'à trois ans le régime hydro-lacto-végétarien, surtout chez les arthritiques.

3° A titre curatif, prescrire en abondance les boissons aqueuses, l'eau d'Evian, de Vittel, de Contrexéville, les tisanes diurétiques de chiendent, d'uva ursi, de queue de cerise, etc.

4° Applications humides et chaudes sur la région lombaire et l'hypogastre ; bains quotidiens de quinze à vingt minutes à 36-37°. Combattre la diarrhée, quand elle prédomine, par les astringents et antiseptiques habituels ; laxatifs ou lavements en cas de constipation.

5° Quand l'examen radiologique a permis de déceler un ou plusieurs calculs rénaux, on devra songer à l'intervention chirurgicale (néphrotomie) qui a donné de brillants succès à R. Ollerenshaw (*Brit. med. Jour.*, 18 Janvier 1913) et à P. Cifuentes (*La Ped. Esp.*, 15 Mars 1917). Le premier a guéri par cette opération une fille de trois ans et un garçon de huit ans. Le second a enlevé un calcul à un garçon de six ans et cinq calculs rénaux à un garçon de sept ans. Tous ces calculs étaient formés d'acide urique.

J. Comby.


dans les
Hypertensions
et tous les
États spasmodiques de la musculature lisse
OLÉTHYLE-BENZYLE
Benzoate de Benzyle chimiquement pur
GOUTTES
XX gouttes, 2 à 4 fois par jour
GÉLULES
Une à 4 gélules par jour
AMPOULES
Une à 2 ampoules par jour
en injections sous-cutanées
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, FAUBOURG SAINT-HONORÉ


DYSMENORRHÉE
MÉNOPAUSE
SPASMES UTÉRINS
AMÉNORRHÉE
ÉRÉTHISME CATAMÉNIAL DOULOUREUX
HÉMORRAGIES
DRAGÉES
d'HÉMAGÈNE TAILLEUR
4 à 6
par jour
SÉVENET
Pharmacien-Chimiste
Directeur des Laboratoires
10, R. LE CHAPELAIS
PARIS
Hémagène Tailleur
seul emménagogue
à effet polyvalent et immédiat
RÉGULATEUR ABSOLU DU FLUX MENSTRUEL

REVUE DES JOURNAUX

REVUE DE LA TUBERCULOSE
(Paris)

R. Pierret et A. Breton (Lille). ***Contribution à l'étude de la réaction de Vernes-résorcine dans les cas de tuberculose pulmonaire régulièrement suivis; ses rapports avec l'évolution clinique; comparaison avec la réaction de fixation*** (*Revue de la Tuberculose*, 3e série, t. IX, no 5, Octobre 1928). — P. et B. ont pratiqué des réactions de Vernes en série chez 22 tuberculeux pulmonaires suivis pendant de longs mois, dans le but de comparer la courbe du Vernes-résorcine à la marche de l'affection.

Sur ces 22 cas, 16 présentent une concordance absolue entre la clinique et la courbe de Vernes, 4 donnent une concordance incomplète, 2 une discordance totale.

De l'ensemble de ces faits, les auteurs concluent que la courbe de la séro-floculation de Vernes concorde, le plus souvent, avec l'évolution clinique, chez les malades atteints de tuberculose pulmonaire. Le Vernes-résorcine, pratiqué en série chez ces malades, permet d'établir une courbe utilisable pour caractériser l'évolution suivie par un tuberculeux. Il ne semble pas avoir une valeur pronostique à longue échéance; tout au plus peut-il laisser prévoir une aggravation ou une amélioration très prochaine. La séro-floculation l'emporte de beaucoup sur la réaction de fixation, comme valeur clinique : dans 90, 91 pour 100 des cas, sa courbe est parallèle à l'évolution de l'affection, alors que la concordance (et encore n'est-elle que relative) de la courbe de réaction de fixation avec la clinique ne se rencontre que dans 33, 34 pour 100 des cas. L. Rivet.

L. Langeron et H. d'Hour (Lille), ***Séro-floculation à la résorcine et réaction de fixation dans la tuberculose (étude clinique)*** [*Revue de la Tuberculose*, 3e série, tome IX, no 5, Octobre 1928]. — La réaction de fixation et la séro-floculation à la résorcine semblent avoir une signification bien différente si l'on se rapporte aux divergences qu'elles présentent lorsqu'elles sont pratiquées simultanément; dans certains cas, elles se complètent l'une l'autre.

Au début d'une tuberculose, la séro-floculation semble être plus précocement positive que la réaction de fixation.

Au cours d'une tuberculose, la réaction de fixation est fixe, la séro-floculation est variable, suivant généralement une courbe ascendante quand l'affection s'aggrave, descendante quand elle s'améliore. Dans certains cas, on voit se croiser les deux graphiques; la séro-floculation est d'abord positive, tandis que la réaction de fixation est négative, ensuite la séro-floculation baisse tandis que la réaction de fixation devient à son tour positive.

A la période ultime d'une tuberculose, la réaction de fixation devient souvent négative (22 cas positifs sur 42); la séro-floculation conserve, au contraire, un degré photométrique élevé (41 fois sur les 42 mêmes cas).

D'après l'expérience de L. et H., la séro-floculation à la résorcine s'est montrée d'accord avec la clinique dans 89,2 pour 100 des cas. Cette réaction peut concourir à établir un pronostic à court terme de la tuberculose. Mais elle ne leur a pas permis de prévoir à échéance lointaine soit les poussées évolutives, soit les bilatéralisations au cours du pneumothorax thérapeutique.

Elle peut constituer un élément de diagnostic précoce, mais les causes d'erreur ne permettent de lui attribuer alors qu'une valeur de présomption. Il s'agit d'un test biologique non spécifique, et à lui attribuer trop d'importance, on s'exposerait à des diagnostics erronés et à des conséquences sociales funestes. Mais, en l'absence d'autres signes de tuberculose, une séro-floculation positive doit inciter à multiplier les recherches susceptibles de mettre en évidence la tuberculose. L. et H. répètent, en terminant, qu'ils ne se croient pas autorisés, actuellement, à appuyer une décision sur les *seuls* résultats d'une floculation à la résorcine positive, même de façon répétée. L. Rivet.

ARCHIVES DES MALADIES DU CŒUR DES VAISSEAUX ET DU SANG
(Paris)

Prof. Chagas (Rio de Janeiro). ***Sur les altérations du cœur dans la trypanosomiase américaine (maladie de Chagas)*** [*Archives des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang*, tome XXI, no 10, Octobre 1928]. — Dans la période aiguë, on constate une myocardite intense et diffuse, avec destruction mécanique et toxique de la fibre, et, en même temps, une infiltration abondante du tissu interstitiel. Le tissu interstitiel est le siège d'une infiltration cellulaire intense et diffuse, avec prédominance dans l'exsudat de macrophages, de cellules plasmatiques et de lymphocytes. Le cœur est mou et modérément dilaté.

A cette phase succède une myocardite chronique, caractérisée par : l'extension à tout le myocarde du processus inflammatoire à des périodes variables de son évolution avec une intensité variable; absence de nodules d'Aschoff ou d'altérations vasculaires qui dénoncent la syphilis; absence d'artériosclérose capable d'expliquer les lésions observées; nature mononucléaire de l'exsudat inflammatoire; intégrité de l'appareil valvulaire; dilatation des cavités cardiaques, presque toujours sans hypertrophie des parois.

Cliniquement, dans la période aiguë prédominent les symptômes septicémiques, les altérations cardiaques se dénonçant seulement par l'affaiblissement de l'organe. En cas de myocardite chronique, les malades ont de la dyspnée d'effort, des vertiges, des palpitations et douleurs précordiales fréquentes. Le cœur est augmenté de volume, il y a des œdèmes discrets, la tension artérielle est très réduite, avec très faible différentielle; il y a de l'arythmie. Beaucoup de ces sujets meurent d'asystolie, et la mort subite est très fréquente.

C. étudie minutieusement les altérations du rythme cardiaque. Les troubles de l'activité ventriculaire comportent : des défauts dans la conduction du stimulus contractile; la formation de nouveaux foyers d'excitation; des irrégularités dans l'activité du centre régulateur des ventricules (tachycardie ou bradycardie ventriculaires, discordance *A-V*). Les troubles de l'activité auriculaire comportent : des irrégularités dans le centre régulateur des oreillettes; la formation de nouveaux centres d'excitation; tachysystolie et fibrillation. Dans la majorité des cas, on observe la coexistence de plusieurs arythmies chez le même malade. L. Rivet.

ARCHIVES DE MEDECINE DES ENFANTS
(Paris)

L. Tixier et S. de Sèze. ***Remarques sur le traitement des pleurésies purulentes à pneumocoques.*** (*Archives de Médecine des Enfants*, tome XXII, no 1, Janvier 1929). — A propos d'un cas de pleurésie purulente à pneumocoques bilatérale, opérée chez un jeune enfant de 8 ans, les auteurs croient devoir attirer l'attention sur quelques points de pratique concernant le traitement des pleurésies purulentes à pneumocoques en général et des pleurésies doubles en particulier.

1o *Le traitement des pleurésies purulentes pneumococciques en général.* — La pleurésie purulente à pneumocoques chez les enfants doit presque toujours être traitée chirurgicalement; mais *il faut agir sans précipitation.* Même dans les cas où la pleurésie purulente évolue à la façon d'une affection primitive, *sans foyer pulmonaire notable*, il ne faut pas se hâter de prendre le bistouri ; il faut s'efforcer, au contraire, de diminuer la virulence des germes microbiens, de refroidir la collection purulente avant que de l'ouvrir. A plus forte raison, la temporisation est-elle indiquée lorsque la pleurésie évolue *en même temps qu'un foyer pulmonaire* en pleine activité ou à peine guéri : dans ce cas, la thoracotomie précoce, traumatisant inopportunément un poumon infecté, aboutit à des résultats désastreux. En attendant que les conditions deviennent plus favorables, on aura d'abord recours aux ponctions évacuatrices, par aspiration à la seringue, répétées aussi souvent qu'il sera nécessaire : tous les deux jours, en général, tous les jours s'il le faut. Il est utile de faire suivre chaque ponction d'une injection intrapleurale destinée à atténuer la virulence de l'infection : sérum antipneumococcique, bleu de méthylène, optochine, filtrats pneumococciques (ceux-ci ayant la préférence de T. et de S). Une pleurésie purulente ne doit pas seulement être ouverte au bon moment : *il importe aussi qu'elle soit correctement drainée.* Nickson qualifie de véritable « abomination chirurgicale » le drainage à thorax ouvert, avec ses deux gros drains qui laissent largement béante à l'extérieur la cavité peurale et qui éternisent la suppuration. Il faut employer les *techniques de drainage moderne à thorax fermé*, telles que la pleurotomie valvulaire de Grégoire et le siphonage de Delbet;

2o *Traitement des pleurésies purulentes bilatérales.* — La thoracotomie double s'impose ici; mais *on se gardera bien d'appliquer les deux opérations simultanément.* On ouvrira largement l'une des deux collections que l'on drainera par siphon (Ombrédanne conseille de commencer à gauche, pour libérer le cœur). Cela fait, on évacuera l'autre plèvre, aussi complètement que possible, par des ponctions répétées suivies d'injections modificatrices; on attendra ainsi la guérison complète de l'hémithorax opéré, le retour du poumon à la paroi et la reprise d'un jeu pulmonaire normal de ce côté. Alors, mais alors seulement, une deuxième thoracotomie permettra d'évacuer complètement et de drainer à son tour la deuxième collection. J. Dumont.

JOURNAL D'UROLOGIE
(Paris)

V. Vintici. ***Les épididymites colibacillaires*** (*Journal d'Urologie*, tome XXVI, no 5, Novembre 1928). — L'importance du colibacille devient de plus en plus manifeste dans le domaine de la pathologie uro-génitale. A l'occasion de 3 cas observés dans le service de son maître Marion, V. attire l'attention sur les *épididymites colibacillaires* dont il distingue deux formes : l'épididymite colibacillaire simple, due uniquement au colibacille, et l'épididymite colibacillaire mixte où le colibacille est associé à d'autres microbes. D'autre part, l'atteinte de l'épididyme peut être primitive ou secondaire, l'épididymite primitive étant due à la localisation de l'agent pathogène à l'épididyme seul au cours d'une septicémie colibacillaire, l'épididymite secondaire étant consécutive à une infection urétrale ou à une pyélo-néphrite colibacillaires. L'épididyme peut être atteint par le colibacille par 3 voies : la voie lymphatique, la voie sanguine, la voie déférentielle ou canaliculaire qui paraît la plus fréquente; dans ce cas, il y a toujours de la colibacillurie.

Le tableau clinique de l'épididymite colibacillaire est caractérisé par le début brusque des accidents, accompagné de fièvre et de douleurs lombaires. Le malade accuse bientôt une douleur intense inguino-scrotale qui s'accentue à la palpation; le scrotum se tuméfie, devient rouge; le testicule et l'épididyme forment une masse qu'on ne peut pas différencier; le canal déférent est gros, tuméfié, douloureux à la palpation; généralement, on ne trouve rien du côté de la prostate ni des vésicules séminales. Les urines

sont troubles, très colorées et l'examen histo-bactériologique y démontre la présence de pus et de colibacilles.

Ces phénomènes bruyants ne sont d'ailleurs pas de longue durée et, généralement, au bout de cinq à quinze jours, tout rentre dans l'ordre et la guérison est complète; il ne reste pas de séquelle comme dans l'épididymite tuberculeuse ou gonococcique. Lorsque l'affection évolue vers la suppuration, une fois la plaie nettoyée — ce qui s'obtient rapidement — elle se ferme sans laisser aucune fistule. Mais il faut savoir que les récidives sont fréquentes.

Le diagnostic doit être à la fois clinique et bactériologique : la présence du colibacille dans l'urine ou dans le pus de la suppuration épididymaire mettra sur la voie du diagnostic; au besoin, on fera la culture des urines. Le diagnostic différentiel est difficile, surtout avec la forme aiguë de l'épididymite tuberculeuse, qui, cliniquement, se présente sous le même aspect que l'épididymite colibacillaire, d'autant plus que, bactériologiquement, la présence du colibacille dans les urines n'exclut pas la possibilité d'une épididymite tuberculeuse. Dans ce cas, il n'y a que l'évolution qui tranchera la question, soit dans un sens, soit dans l'autre.

Quant au traitement, en dehors des applications de glace, des suppositoires calmants, etc., il faudra recourir avant tout à la vaccinothérapie et surtout à l'auto-vaccinothérapie qui donnent généralement de bons résultats. Le bactériophage de d'Hérelle pourra souvent aussi être essayé avec avantage.

Le traitement chirurgical consiste dans l'incision et le drainage de l'abcès épididymaire qui, nous l'avons déjà dit, guérit assez rapidement et sans fistule. Dans les cas d'épididymites à récidives multiples, il faudra recourir soit à la ligature des canaux déférents, soit à l'épididymectomie.

J. Dumont.

ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE
(Paris)

J.-S. Charamis (Paris). ***Paralysies du nerf moteur oculaire commun dans les fractures de la base du crâne*** (*Archives d'Ophtalmologie*, tome XLV, n° 12, Décembre 1928). — A la lumière de 20 observations personnelles recueillies dans le service du professeur Terrien et d'un certain nombre d'autres qui lui ont été communiquées par Worms et Cousin, l'auteur étudie les paralysies du nerf moteur oculaire commun consécutives aux fractures du crâne.

Il rappelle que le nerf émerge dans la région pédonculaire et se dirige en haut, en avant et en dehors pour arriver à la paroi externe du sinus caverneux dans laquelle il chemine avant d'atteindre la fente sphénoïdale. Dans les traumatismes craniens, le nerf moteur oculaire commun peut être lésé soit au niveau de l'orbite, soit dans la fente sphénoïdale, soit dans sa portion intra-dure-mérienne, soit dans son trajet intra-arachnoïdien.

Au niveau de l'orbite, on peut évidemment observer des sections ou des compressions des branches du III, mais il s'agit en général de paralysies partielles, isolées, unilatérales, s'accompagnant de symptômes orbitaires et qui sont d'un diagnostic facile.

Au niveau de la fente sphénoïdale, les lésions du III s'accompagnent le plus souvent de lésions de l'ophtalmique, réalisant ainsi le syndrome complet de la « fente sphénoïdale ».

Dans la majorité des cas, le moteur oculaire commun est intéressé dans son trajet intracranien. Il peut être atteint dans sa portion intradure-mérienne, c'est-à-dire dans la paroi externe du sinus caverneux; mais il existe alors une symptomatologie multiple due à la lésion simultanée des différents nerfs oculomoteurs qui sont très voisins à ce niveau.

C'est dans son trajet intra-arachnoïdien, entre son point d'émergence de la région pédonculaire et son point de pénétration dans la dure-mère, que le nerf moteur oculaire commun est le plus souvent touché par les fractures de la base du crâne. Dans ce trajet, en effet, il est en connexion intime avec la selle turcique et surtout avec les apophyses clinoïdes postérieures. Or c'est là une région de la base du crâne fréquemment intéressée par les fractures.

En ce qui concerne le mécanisme des lésions nerveuses, le nerf peut être sectionné directement par un fragment osseux; mais ce ne doit pas être là un mécanisme fréquent, car il ne s'accorderait guère avec ce fait que les paralysies du III sont le plus souvent partielles et transitoires. Le nerf peut subir un tiraillement du fait de son entraînement par la tente du cervelet au moment du traumatisme. Il peut être comprimé par un des fragments détachés de la selle turcique (apophyse clinoïde postérieure). Mais le plus ordinairement le nerf est comprimé par un hématome conséquence de la lésion d'un des troncs artériels de la base, plus souvent d'un sinus veineux. Certains auteurs admettent la possibilité d'hémorragies discrètes dans la gaine même du nerf, d'autres d'hémorragies limitées au voisinage du III, pour expliquer les paralysies incomplètes.

Dans les fractures de la base du crâne, au point de vue pronostique, une paralysie de l'oculo-moteur commun n'a pas de valeur absolue par elle-même. Si elle est immédiate et s'accompagne de gros signes de compression intracranienne, l'issue sera probablement fatale. Si, au contraire, les phénomènes de compression intracranienne semblent modérés, le blessé pourra sortir du coma. D'une façon générale, à ce moment, une paralysie complète ne sera pas fatalement définitive et une paralysie partielle tendra à régresser. Il ne faudra pas trop se hâter de porter un mauvais pronostic, car, en dehors des sections du nerf, il s'agit souvent d'une simple compression susceptible d'amélioration à la longue. L'étude des symptômes associés permettra souvent de se rendre compte de l'étendue des lésions et fournira de précieux renseignements.

J. Dumont.

JOURNAL DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE
(Paris)

H. Lacharité. ***Radiothérapie des tumeurs des os à cellules géantes : résultats et techniques de l'Institut du Radium de Paris pour les cas traités de 1919 à 1926*** (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, tome XII, n° 11, Novembre 1928). — De 1919 à 1926, il a été traité à l'Institut du Radium de Paris 14 cas de tumeurs des os à cellules géantes, dont 8 du maxillaire supérieur, 4 du maxillaire inférieur, 1 de l'extrémité supérieure de l'humérus et 9 du rachis cervical. Dans la moitié des cas, il s'agissait de récidives post-opératoires (4 tumeurs du maxillaire supérieur, 2 du maxillaire inférieur, 1 de la tête humérale). 5 sujets étaient âgés de 6 à 15 ans, 5 de 16 à 25 ans et 4 de 31 à 46 ans. 11 appartenaient au sexe féminin et 3 seulement au sexe masculin. Dans 9 cas, il s'agissait de tumeurs des os à cellules géantes caractéristiques, dans 5 cas de tumeurs à cellules géantes de diagnostic histologique discutable, c'est-à-dire avec réserve quant à leur malignité possible.

Selon la localisation et l'étendue des lésions, les malades furent soumis à la curiethérapie (5 cas) ou à la röntgenthérapie (9 cas). Les applications de radium ont été réalisées de différentes façons : par radiumpuncture (3 cas), par application en surface à l'aide d'un appareil moulé associé à la radiumpuncture (1 cas), par curiethérapie associée à la chirurgie (1 cas).

Tous les malades peuvent être considérés comme guéris, la régression de la tumeur s'étant faite progressivement dans tous les cas et aucune récidive n'étant apparue depuis un temps compris entre 8 ans et 22 mois. Tous présentent actuellement un état général excellent : ils ont repris leur vie normale et leurs occupations habituelles. Dans 2 cas seulement, on a noté une très minime atrophie osseuse à la suite de l'irradiation et, chez une seule malade, on a observé des lésions cutanées et muqueuses sous forme de télangiectasies.

Les effets de la radiothérapie ne sont, d'ailleurs, pas toujours appréciables à bref délai. Dans les tumeurs à stroma développé, les radiations peuvent détruire les cellules néoplasiques et laisser subsister la trame collagène, de sorte que la tumeur ne diminue que peu de volume, bien qu'elle soit stérilisée ; ultérieurement, la régression pourra s'effectuer malgré la suspension du traitement, mais d'une façon lente. La densification de la tumeur se traduit sur les radiographies par des ossifications ou des calcifications opaques très visibles. Les variations dans l'arrêt de la croissance et dans la précocité de la régression sont vraisemblablement en rapport avec la quantité plus ou moins grande des éléments collagènes (constituant le stroma), la dose de rayons employée, l'étendue, la localisation et la rapidité de croissance de la tumeur, l'âge du malade.

Il convient de signaler la réaction paradoxale qui survient assez souvent à la suite de ce traitement des tumeurs à cellules géantes par les radiations. Cette réaction se caractérise par de la rougeur et du gonflement des téguments et par une sensibilité quelquefois exagérée ; les symptômes atteignent leur maximum de 4 à 8 semaines après le traitement; cliniquement, et aussi radiologiquement, la tumeur semble continuer son développement. Puis la réaction s'apaise et des examens successifs aux rayons X démontrent que la tumeur se calcifie lentement et progressivement jusqu'à ossification complète.

En conclusion, avant de recourir à l'amputation ou à la résection ou même à l'évidement par la curette dans les cas de tumeurs à myéloplaxes des os, il convient d'essayer du traitement radiothérapique. La radiothérapie, correctement exécutée, arrête la croissance de la tumeur, provoque une encapsulation solide suivie de régression lente et d'ossification, en même temps que les signes objectifs et fonctionnels disparaissent. Elle ne présente ni inconvénients ni dangers, car les doses suffisantes à la guérison sont relativement faibles. L'ossification et la restauration fonctionnelles sont plus rapides après le traitement par les radiations qu'après une intervention chirurgicale quelle qu'elle soit.

Le traitement radiothérapique est plus rapidement efficace quand il est appliqué d'emblée. Les cas de récidive post-opératoire présentent une réaction plus tardive et il semble qu'ils soient ordinairement plus résistants que les tumeurs non opérées. Une intervention incomplète, sous le prétexte qu'un traitement radiothérapique fera le reste, est à rejeter. Les irradiations prophylactiques post-opératoires ne semblent pas non plus à conseiller : elles empêcheraient peut-être les récidives, mais retarderaient l'ossification réparatrice.

J. Dumont.

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE
(Paris)

Ravaut, Basch et Rabeau. ***Etude clinique et biologique d'une épidémie de tricophytie cutanée due au « Tricophyton niveum radians »*** (*Ann. de derm. et syphil.*, tome IX, n° 11, Novembre 1928). — Les auteurs ont observé pendant 3 ans 1/2, de 1923 à 1927, une épidémie de tricophytie cutanée qui sévit chez les femmes employées dans une annexe du ministère des Finances, installé dans l'ancienne caserne de la Nouvelle France. Sur un millier d'employées, 194 présentèrent des lésions cutanées extrêmement polymorphes.

Dans les cas typiques, il s'agissait de placards rouge brun, surélevés, arrondis, parsemés de vésico pustules, de folliculites sèches; à la périphérie on voyait des lésions spinulosiques. A côté de ces cas typiques, existaient de multiples formes rappelant des éléments de psoriasis, de pityriasis simplex, de pityriasis rosé, d'épidermite, d'eczématides, de lichen plan, de folliculites sèches ou agminées.

Dans tous les cas, on retrouva le même parasite, le *Tricophyton niveum radians*, sur lames et dans les cultures; la réaction à la tricophytine a toujours été nettement positive.

Il semble que le germe initial ait été introduit par un des chats qui pullulaient dans les vieux locaux, du fait de l'abondance des souris. Le parasite s'est ensuite propagé par l'intermédiaire des vêtements,


Médication Opothérapique
EXTRAITS TOTAUX
CHOAY
Obtenus par dessiccation rapide, dans le vide, vers 0°, d'organes soigneusement récoltés, auxquels ils sont équivalents.
SYNCRINES CHOAY
Résultant de l'association d'Extraits totaux, en formules qui répondent aux principaux syndromes
COMPRIMÉS · CACHETS · PILULES · AMPOULES
CHOAY
Echantillons sur demande au LABORATOIRE CHOAY
48, Rue Théophile Gautier, PARIS-16e-Tél. Auteuil 44-09

tours de cou, manteaux et fourrures, accrochés pêle-mêle à des porte-manteaux, et dont les employées usaient indistinctement pour faire une course au dehors, par erreur ou par insouciance. Cet échange explique facilement la localisation presque exclusive des lésions aux régions découvertes : cou, nuque, bras.

La guérison des lésions fut obtenue facilement par les badigeonnages à l'alcool iodé ou une lotion alcoolo-éthérée à l'acide salicylique ou benzoïque; la fin de l'épidémie fut obtenue grâce à la création de vestiaires individuels et à l'isolement des malades.

R. Burnier.

Racinowski. *Contribution à l'étude de la maladie de Schamberg* (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, tome IX, nº 11, Novembre 1928). — R. rapporte un cas de l'affection décrite en 1901 par Schamberg et qu'il a observé chez un homme de 40 ans. La peau du malade montre 2 sortes de lésions : des grandes taches pigmentées et des petites macules rouge foncé; quelques taches sont finement squameuses; ces lésions siègent aux membres supérieurs, à l'abdomen, aux 2 cuisses, à la jambe gauche, aux 2 chevilles. La biopsie montra un infiltrat composé surtout de lymphocytes au voisinage des vaisseaux dilatés et aux parois épaissies. Dans la couche sous-papillaire, existe une grande quantité de pigment ferrique autour des vaisseaux.

Le diagnostic se pose avec le *purpura annularis telangiectodes* de Majocchi : mais l'évolution de ce purpura est habituellement subaiguë, durant quelques mois ou une année avec des rechutes, alors que la maladie de Schamberg est chronique. Dans le cas de R. elle durait depuis 5 ans. De plus, dans la maladie de Schamberg, les extravasations n'ont pas le caractère d'hémorragies étendues et violentes accompagnées de rupture de vaisseaux comme dans le purpura. Dans la maladie de S., l'extravasation se produit à travers les parois des vaisseaux en apparence non altérées; les hématies transsudent par les joints d'endothélium des capillaires mal adhérents et par les parois des artérioles modifiées.

La maladie de S. semble devoir être considérée comme une forme atténuée de la diathèse hémorragique.

R. Burnier.

JOURNAL DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE
(Paris)

Moreau. *Considérations relatives à la pycnolepsie* (*Journal de neurologie et de psychiatrie*, tome XXIX, nº 11, Novembre 1928). — Sous le nom de pycnolepsie, Friedmann décrivit, en 1906, une forme particulière d'absences survenant chez des enfants de 4 à 10 ans, et nettement distinctes pour cet auteur du petit mal épileptique. Elles sont caractérisées par une interruption très courte de la faculté de penser et de parler et des mouvements volontaires, avec conservation de la conscience et des mouvements automatiques. Elles se produisent 6 à 100 fois par jour, n'altèrent pas la santé et ne compromettent pas le développement physique et intellectuel. Cet état dure plusieurs années pour disparaître ensuite sans laisser de traces.

La discussion est de savoir si la pycnolepsie doit ou non se confondre avec le petit mal comitial. Il semble bien que la majorité des arguments destinés à les séparer soit discutable; car dans la pycnolepsie on observe souvent en fait des troubles de la conscience, des émissions d'urine, des manifestations motrices atténuées. L'absence de troubles intellectuels n'est pas absolue, et d'ailleurs est-elle constante dans le petit mal?

L'absence d'action du bromure et parfois du luminal sont encore un élément qui rapproche la pycnolepsie et le petit mal. La guérison des accès au moment de la puberté serait peut-être l'argument de la plus grande valeur, mais il est loin d'être constant dans la pycnolepsie, et des faits de mal comitial guéris à la puberté sont indéniables. Les points de contact entre les deux affections sont donc multiples.

H. Schaeffer.

ARCHIVIO ITALIANO DI CHIRURGIA
(Bologne)

Vincenzo Bonomo. *La réserve alcaline dans les opérations chirurgicales* (*Archivio italiano di chirurgia*, tome XXII, fasc. 3, Octobre 1928). — Après avoir longuement étudié les théories sur la pathogénèse de l'acétonurie et de l'acidose post-opératoire et avoir constaté que ce dernier phénomène a été attribué soit à un jeûne pré- et post-opératoire, soit au traumatisme opératoire, soit à l'anesthésie, soit à l'hémorragie, soit enfin à la maladie qui a provoqué l'intervention, B. expose ses propres recherches.

Il a étudié un premier groupe de 7 malades opérés sous anesthésie à l'éther pendant un temps qui a varié de 40 à 60 minutes et il a constaté que la réserve alcaline est constamment abaissée par l'intervention dans une proportion d'ailleurs assez faible qui a varié de 4 à 9 volumes de CO^2 pour 100. Cette diminution est déjà constatable à la fin de l'opération et elle est de nouveau compensée au bout de 24 heures, puis suivie d'une variation légère en sens opposé, c'est-à-dire d'une augmentation de la réserve alcaline. Dans 5 cas de rachianesthésie, l'abaissement a été également constaté dans des proportions qui ont atteint une fois à 12 volumes de CO^2 pour 100. Cet abaissement n'est pas, dans ce cas, suivi d'une élévation compensatrice. L'anesthésie locale n'a provoqué aucune modification de l'équilibre acide-base.

Un jeûne de 24 heures, observé avant l'opération, abaisse très faiblement la réserve alcaline. L'anesthésie à l'éther pratiquée dans un but de diagnostic a dans un cas abaissé la réserve autant qu'une anesthésie accompagnée d'opération. L'hémorragie provoque d'abord une phase d'hypocapnée avec réduction modérée mais constante de la réserve alcaline, faisant place déjà au bout de 12 heures à une phase d'hypercapnée. Cette seconde phase qui atteint son maximum au bout de 24 heures a, en général, disparu au bout de 36 heures.

Parmi les conclusions de l'auteur, il faut relever que l'anesthésie locale est la méthode de choix dans les cas où il existe déjà avant l'opération une tendance à l'acidose. Par contre, ni le jeûne, ni l'hémorragie n'ont une influence appréciable sur l'équilibre acide-base. Dans tous les cas, l'acidose post-opératoire est compensée. Il s'agit donc d'un phénomène biologique et non pas clinique. Néanmoins, l'étude de cet équilibre qui est simple est, selon B., recommandable dans toutes les cliniques.

P.-E. Morhardt.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Bâle)

Ad. Oswald. *Status thymo-lymphaticus et ses rapports avec le système endocrinien* (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LVIII, nº 48, 1er Décembre 1928). — Les conceptions de Paltauf sur le status thymo-lymphaticus ont été progressivement identifiées avec celles de l'hyperplasie du thymus en laissant plus ou moins de côté ce qui avait paru à Paltauf caractéristique pour le status thymo-lymphaticus. Ces conceptions relatives au thymus n'ont d'ailleurs pas été confirmées par l'expérimentation. Cependant on a constaté que toutes les maladies qui s'accompagnent d'amaigrissement entraînent une diminution du volume de cette glande.

Groll a pu trouver notamment chez des soldats tués à la guerre en pleine santé 86 pour 100 d'hyperplasie lymphatique. Il semble d'ailleurs y avoir à cet égard des différences régionales qui auraient été constatées par divers auteurs, par exemple entre Halle ou Dortmund où l'hyperplasie est plus fréquente et Fribourg, Marbourg ou encore Königsberg où elle est plus rare. Par contre, le thymus est trouvé dans les autopsies faites à l'hôpital plus petit que normalement du fait des maladies intercurrentes si courtes soient-elles. On est ainsi amené à ranger le thymus parmi les appareils qui rendent positif le bilan nutritif et qui sont par conséquent antagonistes de la thyroïde. Dans la mort thymique, le thymus ne serait par conséquent pas en cause. C'est ce qui a amené certains auteurs à rechercher la raison de ces morts dans l'hypoplasie du système chromaffine et dans une insuffisance d'adrénaline, c'est-à-dire en dernière analyse dans une vagotonie, en rapport avec les propriétés vagotoniques de l'hormone hypothétique du thymus.

Dans beaucoup de ces cas de mort subite, des recherches minutieuses permettent de trouver des lésions de myocardite ou de bronchiolite qui, pour certains auteurs, pourraient être constamment retrouvées et expliqueraient suffisamment la mort. Cependant, on a aussi parfois constaté des infiltrations lymphocytaires notamment dans le myocarde, lésions qui ont naturellement été rapportées au status thymo-lymphaticus par les uns et par d'autres à la myocardite.

Une mauvaise régulation des fonctions cardiaques par effet de choc au cours d'une obésité trahissant des troubles du métabolisme et s'observant par exemple en cas de laryngospasme, de tétanie, d'hyperexcitabilité du système nerveux sont également des faits qui méritent d'être notés et qui se ramènent à ce que Charcot désignait sous le nom de « famille neuropathique ». Mais ces notions sont encore très vagues.

Dans une série de cas on observe une hyperplasie véritable du thymus qui a été considérée par quelques-uns comme une sorte de malformation. D'un autre côté, on sait que les corpuscules de Hassal augmentent de volume dans les toxi-infections comme s'ils jouaient un rôle dans les processus de défense. Mais ces faits sont encore insuffisamment établis. Par contre, on a pu nettement constater que le thymus est fréquemment gros dans la maladie de Basedow. On ne saurait cependant parler ici des troubles de l'équilibre dans le système endocrinien car on doit admettre, selon O., que chaque glande endocrine comme chaque glande à sécrétion externe peut avoir son fonctionnement altéré indépendamment des autres. Dans les cas de Basedow avec thymus gros, on doit admettre qu'il y a une *hypervégétatonie*, au cours de laquelle le thymus constitue simplement un index de la réactivité et témoigne d'ailleurs d'une gravité particulière du cas. On sait d'ailleurs selon O. que la lymphocytose de la maladie de Basedow disparaît non pas par réduction du goitre mais bien du thymus.

En outre, les thymus gros s'observent en cas d'agénitalisme, dans la dystrophie adiposo-génitale et après la castration chez l'homme et chez les animaux. Il y a donc entre le thymus et les glandes génitales un antagonisme. Dans la maladie d'Addison, le thymus est également gros et il y a hyperplasie lymphatique. On observe aussi parfois une minceur particulière de l'écorce des surrénales avec un thymus gros et un appareil lymphatique très développé. Dans l'acromégalie, on fait les mêmes constatations parallèlement à celles de l'atrophie des glandes génitales. Il en est de même dans le thymus. En somme, de tout ce qu'on a affirmé au sujet du thymus, O. ne laisse pas grand'chose en dehors des relations entre cette glande et les glandes génitales. D'autre part, il est à remarquer que précisément chez les castrés, la mort thymique ne semble pas plus fréquente que chez les autres groupes d'individus.

P.-E. Morhardt.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN
(Leipzig)

R. Schaeffer. *La signification des polypeptidases pour le diagnostic des tumeurs malignes* (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXI, nos 5 et 6, Novembre 1928). — La présence de peptidases capables de dédoubler des peptides a été souvent constatée dans le sang au cours de maladies diverses et notamment dans le cancer. Il semble, d'ailleurs, que la présence de certaines peptidases capables de détruire le glycyltryptophan synthétique

s'observe toutes les fois que du tissu vivant est détruit. Ainsi, bien que l'apparition de ces ferments soit un phénomène commun à un grand nombre de maladies, il a paru à S. intéressant de les étudier de plus près dans les états cachectiques et notamment dans le cancer. Avec du sérum dépourvu d'hémoglobine et dilué dans une certaine proportion, additionné d'une goutte de toluol et digéré pendant 24 heures à 38°, il a recherché la réaction du tryptophan d'abord chez une série d'individus bien portants. La réaction a été positive pour des dilutions moyennes de 1 : 30 à 1 : 35. Chez les 37 cancéreux, la réaction a été plus élevée 32 fois et normale 5 fois (13,5 pour 100). Dans un de ces derniers cas, d'ailleurs, le diagnostic exact n'a pu être fait. Dans un autre de ces 5 cas, le malade était très âgé, ce qui peut-être explique l'absence d'un excès de peptidase. Chez 14 malades qui n'étaient sûrement pas atteints de cancer, la réaction a été constamment négative.

P.-E. Morhardt.

A. Springborn et A. Gottschalk. *Iode et maladie de Basedow* (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXI, nos 5 et 6, Novembre 1928). — Au cours de ces dernières années, il a été traité par S. et G., à la clinique de E. Neisser, 52 cas dont 31 basedow typiques et 21 thyréotoxicoses ne comportant ni exophtalmie, ni goitre. On a étudié chez ces divers malades l'action de l'iode sur le métabolisme de base, le poids et le pouls. Pour le métabolisme, on s'est servi de l'appareil de Haldane avec un sac transportable de Douglas.

Dans les cas de basedow vrai, le métabolisme de base était augmenté de 40 à 100 pour 100. Il a été constaté d'ailleurs que, chez beaucoup de malades, surtout parmi ceux qui étaient très amaigris par la maladie, l'augmentation du métabolisme n'était pas proportionnelle à la gravité du cas. Dans un nombre important de cas, l'iode a ramené le métabolisme à la normale. Dans d'autres cas, il l'a simplement abaissé. Il est rare, par contre, que ce médicament n'ait eu aucun effet. En général, le poids a été augmenté mais pas toujours dans la proportion où le métabolisme avait été abaissé. En tout cas, la mesure du métabolisme est une méthode indispensable pour le traitement de ces malades, d'autant plus que lorsque les chiffres sont fortement augmentés, le pronostic opératoire devient beaucoup plus grave.

Quand il y avait thyréotoxicose simple, le métabolisme a été également abaissé, mais dans une moindre proportion.

Sur la fréquence du pouls, l'iode a eu également un effet net. Il a cependant rarement été possible de faire revenir le pouls à une fréquence normale.

La méthode d'administration d'iode a été celle de Neisser, c'est-à-dire une solution d'iodure de potassium à 5 pour 100 dont il était donné 3 fois III gouttes par jour en augmentant parfois jusqu'à 3 fois XV gouttes par jour. Pour les malades qui ne séjournaient pas à la clinique, on a employé de préférence la méthode de Biedl qui donne XV gouttes par jour de la solution suivante :

Iode pur	1 centigr.
Iodure de sodium	1 gr.
Eau distillée	10 gr.

On continue cette médication pendant 8 à 12 jours après quoi on fait cesser pendant 3 à 5 jours. Il semble que ces faibles doses soient beaucoup mieux supportées en Allemagne que les fortes doses recommandées en Amérique.

P.-E. Morhardt.

ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE
(Leipzig)

Klare. *La méningite tuberculeuse au cours des formes évolutives de la tuberculose* (*Zeitschrift für Tuberkulose*, tome LII, n° 1, 1928). — L'aspect clinique si caractéristique et d'une évolution si constante de la méningite tuberculeuse s'oppose de singulière façon à l'allure capricieuse des autres manifestations dues au bacille de Koch. Il s'agit là d'une localisation toujours secondaire, mais dont l'origine est discutée : il semble que, le plus souvent, l'origine de ces localisations méningées soient les ganglions trachéo-bronchiques ou les foyers de tuberculose osseuse, surtout lorsque l'effraction des bacilles s'est faite dans une veine pulmonaire.

Les différentes infections de l'enfance jouent un rôle prédisposant indéniable, particulièrement la rougeole.

Sur un total de 47 des enfants observés pendant les 12 dernières années, 12 ont succombé de méningite tuberculeuse ; ce chiffre peu élevé corrobore bien l'opinion des auteurs, suivant laquelle la méningite tuberculeuse est rare entre 7 et 15 ans. K. a cherché en outre à préciser en quelle saison les cas de méningite tuberculeuse sont les plus nombreux ; la courbe qu'il a établie présente un maximum très net au printemps. Il y a lieu de noter en outre que les enfants atteints présentaient une constitution « lymphatique », avec troubles endocriniens conditionnant un certain degré d'infantilisme.

Enfin, le foyer primitif est habituellement osseux chez le jeune enfant, pulmonaire chez l'adolescent.

G. Basch.

Zelter. *Cure d'engraissement chez le tuberculeux* (*Zeitschrift für Tuberkulose*, tome LII, n° 3, 1928). — Dans un précédent article paru dans le même journal, Z., envisageant l'augmentation de poids que présentent les tuberculeux soumis à l'insulinothérapie, s'est demandé quel était le rôle de la rétention d'eau dans cet accroissement. Z. a choisi 10 malades chez lesquels il a injecté : 5 unités d'insuline le 1er jour, 10 unités en deux fois le 2e jour, 20 unités en deux fois le 3e jour, et ainsi de suite en augmentant de 10 unités par jour jusqu'à atteindre 60 unités, la cure durant 3 à 4 semaines.

Les résultats ont été des plus satisfaisants ainsi qu'en font foi les tableaux annexés à l'article : on observe sous l'influence des injections d'insuline une augmentation du poids et du métabolisme, sans qu'il y ait diminution de la diurèse ; de plus, dans 5 cas sur 10, s'est produite une augmentation nette des globules rouges. Pendant toute la cure, aucune complication n'a été notée.

G. Basch.

BRUNS' BEITRAGE zür KLINISCHEN CHIRURGIE

Borchardt. — *Thrombose et embolie* (*Bruns'Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CXLIV, n° 2, 1928). — Depuis ces dernières années, la fréquence des thromboses et embolies post-opératoires paraît plus grande, ce qui est peut-être dû à ce que les méthodes cliniques et anatomo-pathologiques permettent de les diagnostiquer plus souvent. L'embolie a parfois été observée après une thrombose de la veine saphène et, d'une manière générale, il faut considérer trois facteurs dans le développement de la thrombose : le ralentissement du cours du sang, les altérations de la paroi vasculaire, les altérations du sang.

Pour prévenir la thrombose, il importe d'opérer dans un milieu aussi aseptique que possible ; mais certaines affections telles que les fibromes, les interventions portant sur le tractus digestif, les interventions pour des lésions cancéreuses, l'ablation d'adénomes de la prostate prédisposent particulièrement à cette complication, alors qu'elle ne se rencontre presque jamais après les interventions portant sur le corps thyroïde. La thrombose est également à redouter quand le foyer infectieux n'a pu être complètement enlevé comme cela se voit au cours des cholécystites aiguës, des appendicites avec abcès. Il peut enfin s'agir de causes d'ordre général : grippe, angines. Au point de vue local, il faut proscrire les ligatures en masse, différer l'intervention quand les malades ont eu des séances répétées de radiothérapie.

L'âge des malades joue également un rôle important car les malades jeunes reprennent très rapidement après l'intervention leur coagulation normale ; B. attire l'attention sur la gravité de la simple laparotomie exploratrice chez les malades présentant un cancer digestif. Les injections intra-veineuses de médicaments ne sont peut-être pas non plus absolument sans danger. On tiendra compte de toutes les causes entraînant des troubles circulatoires : petitesse du cœur, de l'aorte, asthénie adipeuse, âge, hémorragies antérieures, modifications du rythme respiratoire, ralentissement du cours du sang par le repos prolongé au lit.

Pour éviter ces complications, B. se montre partisan, quand il existe une cause prédisposante à la thrombose, de la digitaline à petites doses un ou deux jours avant l'intervention ; le sucre, les hydrates de carbone, l'iode sont aussi des produits utiles. Le calcium n'est indiqué qu'avant l'intervention et non après.

B. traite ensuite des précautions à prendre au cours de l'intervention et des suites post-opératoires, mais toutes ses considérations n'ont rien qui ne soit classique et il ne nous fournit aucun chiffre pour nous dire si depuis qu'il prend toutes ces précautions pré-opératoires, la proportion des thromboses et embolies a diminué dans son service.

J. Sénèque.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

Magnus-Alsleben. *Les séquelles des néphrites de guerre* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIV, n° 46, 16 Novembre 1928). — Dans cet article, résumé d'une conférence faite au Congrès de la scarlatine de Königsberg, M.-A. rapproche les néphrites de guerre des néphrites scarlatineuses et étudie le pronostic fonctionnel rénal des sujets ayant eu une néphrite aiguë.

Cette étude difficile à faire en série chez les scarlatineux qu'on ne suit pas dans leur vie ultérieure, a pu être réalisée aisément chez les sujets ayant présenté un accident rénal aigu pendant la guerre.

Les premiers travaux admettaient la bénignité du processus guérissant vite et complètement.

A la vérité, les Américains et certains travaux allemands récents sont revenus sur ces conclusions. M.-A. confirme ces réserves.

Dans sa statistique, seulement 40 pour 100 des malades peuvent être considérés comme définitivement guéris ; 13 pour 100 présentent des signes de néphrite interstitielle à petit rein ; 22 pour 100 ont des symptômes de néphrite chronique avec albuminurie, cylindrurie, hématurie microscopique et hypertension vasculaire ; enfin, 25 pour 100 conservent un état de déficit rénal fonctionnel léger.

Une réserve est à établir du fait de la possibilité chez certains d'entre eux de fragilité rénale antérieure, consécutive à une néphrite scarlatineuse grave de l'enfance.

Mais de toutes façons, le pronostic éloigné des néphrites aiguës comporte certaines séquelles fonctionnelles plus ou moins graves dont il importe de tenir compte.

Dans l'étude de la pathologie des reins, quelques notions physiologiques capitales restent discutées. En particulier, les 2 théories de filtration ou de sécrétion rénale opposées par Bowman et Heidenhain d'une part, et Ludwig de l'autre, restent en présence et, récemment, Cushny à Edimbourg et Putter, à Heidelberg, ont repris la discussion.

Cependant les notions de seuils différents pour les diverses substances, l'existence de réserve et d'équilibre tissulaire variable, le rôle des corps puriques dans la diurèse ont rénové les notions physiologiques.

En outre, des éléments tirés des études physico-chimiques modifient le problème : équilibre colloïdal, affinités électro-chimiques, lois de passage des substances colloïdes ou cristalloïdes à travers les membranes, pouvoir d'adsorbtion électrolytique des colloïdes, etc. Enfin, le rôle du système nerveux n'est pas non plus négligeable dans ces processus.

Actuellement, ces données transforment la physiologie rénale et on ne peut plus opposer filtration et sécrétion ; les faits apparaissent plus complexes aux confins de ces deux modalités.

G. Dreyfus-Sée.

Doderlein. *Influence du traitement radiothérapique d'une femme sur sa descendance* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LIV, n° 48, 30 Novembre 1928). — Les indications de la radiothérapie augmentent de plus en plus. Actuellement, ses applications ne comprennent plus seulement les cas graves, concernant des femmes âgées chez lesquelles on pratique, par ce procédé, une castration artificielle; même chez des femmes jeunes on s'efforce d'obtenir une aménorrhée seulement passagère pour lutter contre un processus hémorragique local ou pour éviter des poussées évolutives d'une affection aggravée lors des périodes menstruelles. C'est ainsi qu'après avoir été employée dans les fibromes, myomes utérins, la radiothérapie a pu être utilisée chez certaines tuberculeuses, au cours de pyélites sérieuses aggravées lors des règles, etc.

Mais avant d'étendre ces indications, il importe d'être assuré que la femme, redevenue féconde après aménorrhée passagère, n'a pas subi de lésions ovulaires définitives, susceptibles de déterminer des anomalies du produit de conception.

Les recherches de Wintz sur les animaux l'ont conduit à admettre que les ovules proches de la maturité sont atteints par les rayons et deviennent incapables de donner un œuf normal et viable, alors que les ovules plus jeunes seraient radio-résistants.

La fécondation peu après des irradiations donnerait ainsi des œufs anormaux, et il serait facile d'éviter toute hérédité fâcheuse en intervenant si besoin par un avortement provoqué lors de l'apparition d'une grossesse trop précoce après un traitement par les rayons X.

Aucune considération, ne peut s'opposer à cette intervention chez une femme dont la lésion grave avait nécessité le traitement radiothérapique.

Par contre, les ovules quiescents encore englobés dans le follicule de Graaf, lors de l'irradiation, n'en subiraient nul dommage, et la fécondation tardive ne ferait courir, en conséquence, aucun risque au produit de conception.

Pour confirmer ces notions théoriques, il est utile de publier intégralement les observations de tous les cas de grossesse chez des femmes antérieurement traitées par radiothérapie ovarienne.

D., se conformant à ces données, publie 11 cas chez lesquels les grossesses ultérieurement observées furent normales, et les enfants ne présentèrent aucune tare attribuable au traitement. La fréquence des avortements spontanés paraît seulement augmentée chez ces malades.

Ces conclusions confirment plusieurs statistiques antérieurement publiées en Allemagne.

G. Dreyfus-Sée.

Clairmont et Meyer. *Le traitement pré-opératoire par l'iode des basedowiens* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LIV, n° 48, 30 Novembre 1928). — Dans leur clinique à Zurich, C. et M. ont institué systématiquement le traitement iodique avant l'intervention opératoire chez les basedowiens. Ils ont obtenu des résultats favorables qu'ils considèrent à 4 points de vue différents :

1° Influence sur l'état physique et psychique des malades;

2° Influence sur les conditions opératoires ;

3° Action sur la glande thyroïde, appréciée d'après l'image histologique et l'aspect macroscopique de l'organe réséqué;

4° Influence sur l'évolution post-opératoire.

Dans l'ensemble, ils n'ont observé aucun cas d'aggravation iodique d'un goître et la lugolisation constitue à leur avis une méthode précieuse améliorant les conditions opératoires de la maladie de Basedow et son pronostic.

Ayant tenté de traiter également des goitres non basedowifiés avec métabolisme basal normal par la méthode de Plummer, ils n'ont observé dans aucun cas des troubles attribuables à la basedowification, mais par contre, l'action thérapeutique leur a paru nulle chez ces malades. Ils recommandent en conséquence de n'employer l'iode que chez les sujets atteints de goitre exophtalmique caractérisé.

G. Dreyfus-Sée.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Munich)

Gutzeit. *Les lésions de la muqueuse gastrique chez les saturnins* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXV, n° 38, 21 Septembre 1928). — Le problème médico-légal du saturnisme est compliqué du fait de l'absence fréquente de signes pathognomoniques, la banalité des symptômes observés rendant difficile l'interprétation du rôle de l'intoxication dans la pathogénie des troubles.

Souvent on ne constate aucun signe organique mais seulement des troubles subjectifs intestinaux chez des sujets suspects, de par leur profession, d'imprégnation plombique. Cependant, le liséré muqueux, les pigmentations cutanées, les coliques avec spasmes intestinaux, les paralysies typiques où l'image sanguine caractéristique font bien fréquemment défaut, et en leur absence il est difficile de rattacher au saturnisme une anémie banale, ou une dyspepsie.

Les troubles gastriques ont été étudiés surtout accessoirement, on les considère habituellement comme secondaires aux spasmes intestinaux. On a signalé la possibilité d'ulcères gastriques, de modifications sécrétoires, mais ces faits restent exceptionnels.

En effet, G. chez 15 malades observe des variations, des réactions acides chimiques du suc digestif dont on ne peut tenir compte. Par contre, il insiste sur les lésions fréquentes de la muqueuse stomacale se manifestant par un syndrome clinique et surtout décelables par la gastroscopie, même en dehors de toute modification du fonctionnement intestinal.

La gastrite chronique apparaît donc comme une manifestation fréquente et importante du saturnisme chronique et doit être recherchée.

Le tubage révèle une augmentation de la sécrétion muqueuse à jeun et des images cytologiques anormales témoignent d'un processus inflammatoire. La gastroscopie est surtout caractéristique, chez ces 15 malades G. a trouvé :

9 fois une gastrite hypertrophique;
4 fois un catarrhe superficiel de la muqueuse;
2 fois des lésions atrophiques.

L'existence de catarrhe hypertrophique avec hyperacidité gastrique plus fréquent dans cette statistique ne peut être retenu. Il semble s'agir là d'une coïncidence sans valeur, étant donné le petit nombre de malades observés. L'ulcus peptique paraît rare.

C'est surtout le catarrhe superficiel quasi constant qui importe. D'ailleurs, il est possible que la voie d'introduction du plomb par ingestion ou par résorption toxique ait un rôle pathogénique.

Mais surtout il faut retenir la fréquence de ces dyspepsies saturnines, qui parfois ne déterminent aucun signe local net, mais seulement des manifestations réactionnelles à distance sur lesquelles Knud Faber avait attiré l'attention. L'importance médico-légale de ces faits est extrême et il y a lieu de tenir compte, dans l'appréciation des lésions d'origine professionnelle, de ces gastrites susceptibles de persister et de s'aggraver.

G. Dreyfus-Sée.

N.-E. Bircher. *L'influence du régime fructo-végétarien et surtout des aliments crus sur la viscosité sanguine, l'hémoglobine et la tension vasculaire* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXV, n° 38, 21 Septembre 1928). — Les régimes dits naturistes ont depuis quelques années une vogue croissante. Leur point de départ n'est en réalité pas médical mais procède plutôt d'une théorie vitale spéciale : modifier au minimum la nature en n'introduisant dans l'alimentation que des substances peu altérées, peu transformées, afin de ne pas risquer d'enfreindre des lois naturelles encore inconnues.

Sans prendre parti pour ou contre ces théories, B. a recherché chez un certain nombre de malades suivant ce régime quelles étaient les modifications sanguines au cours de la cure. Il s'est surtout attaché à l'étude viscosimétrique du sang.

Dans l'ensemble une tendance nette s'est manifestée chez tous les sujets vers un retour à la normale. Augmentation de la fluidité chez les hypervisqueux, modification inverse du sang trop fluide des autres sujets.

B. admet que ce résultat favorable a une importance plus grande qu'il ne paraît au premier abord. Il attribue en effet à l'hyperviscosité de certains individus un rôle important dans la constitution de la dilatation vasculaire et de la fatigue cardiaque aboutissant à l'insuffisance cardiaque. Cette hypothèse ne s'appuie d'ailleurs actuellement sur aucun fait précis et B. se contente de l'indiquer en conclusion de son article.

G. Dreyfus-Sée.

Rœmheld. *La thérapeutique du syndrome gastro-cardiaque* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXV, n° 44, 2 Novembre 1928). — Le syndrome gastro-cardiaque est constitué par des troubles vasculaires et surtout cardiaques, déterminés par des modifications dans la sphère digestive et en particulier gastrique. Mais ces troubles n'ont pas seulement une cause mécanique par élévation de la coupole gauche diaphragmatique modifiant la position du cœur et des gros vaisseaux, ils relèvent aussi d'influence viscéro-réflexe chimique et toxique hormonale d'origine gastrique.

R. insiste en conséquence sur la nécessité d'un examen digestif complet, clinique et radioscopique chez tous les cardiaques.

Il importe d'autant plus de préciser ce diagnostic que, à l'inverse de certaines assertions, la thérapeutique du syndrome peut amener de remarquables guérisons.

Le traitement cardiaque doit, évidemment, être institué précocement et énergiquement selon les principes habituels. Mais, du point de vue psychique, souvent capital chez ces sujets, la thérapeutique digestive, sur laquelle on insistera vivement, rassurera le malade en détournant son attention de l'affection cardiaque. En outre en diminuant l'aérophagie, en favorisant la respiration diaphragmatique et l'abaissement de l'hémicoupole diaphragmatique gauche, on facilitera la circulation sanguine et la situation anatomique cardiaque sera améliorée.

On aura donc agi indirectement mais efficacement sur les troubles cardio-vasculaires.

Cette thérapeutique psychique, nerveuse et digestive devra être instituée également chez les cardiaques purs non réflexes; elle pourra même dans ces cas exercer une action adjuvante favorable.

G. Dreyfus-Sée.

Wolff Eisner. *La signification de la peau dans l'immunité et l'immunisation* (*Munchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXV, n° 44, 2 Novembre 1928). — Le rôle de la peau dans les processus de défense a été longtemps mésestimé. Dans la scarlatine cependant, son importance ne pouvait échapper du fait de l'éruption caractéristique de l'affection.

On peut considérer en général que les animaux supérieurs, et l'homme à un degré extrême, possèdent des processus de défense superposés de telle sorte que toute intoxication ou infection tend à être localisée aux couches extérieures et ne devient dangereuse que lorsqu'elle atteint les organes essentiels centraux : cœur, vaisseaux, poumon.

Pour éviter cette progression, une série de filtres, d'organes de défense sont interposés; toutes les cellules, tous les viscères participent à la lutte qui dépasse en conséquence notablement la classique mais restreinte théorie phagocytaire.

La peau, couche la plus externe, a une fonction primordiale dans cette œuvre de protection : elle doit attirer et retenir les toxines et fabriquer les anticorps. Ce qu'elle neutralise ainsi reste loin des centres primordiaux; au cours de la scarlatine, la mort ne résulte pas d'une extension simple du processus mais bien du passage des poisons que la peau n'a pu réussir à atténuer.

L'importance spécifique de la peau n'a pas été assez considérée lors de l'étude des tests cutanés au cours des maladies infectieuses.

En particulier W. E. discute les interprétations

habituelles, basées sur l'existence de lutte entre toxine et antitoxine, des réactions de Dick et surtout du phénomène d'extinction de Schultz Scharlton. Il considère ce dernier comme un phénomène vasculaire spastique et le rapproche des réactions de sensibilisation, et même des réactions urticariennes.

Enfin l'importance des tissus de revêtement apparaît plus grande encore dans la lutte anti-tuberculeuse et on a pu baser sur ce principe une thérapeutique cutanée de la bacillose qui a déjà fait en partie ses preuves.

Dans l'avenir, le rôle de la peau dans la défense anti-infectieuse ne peut que s'étendre et sa connaissance permet de multiplier ces procédés de lutte.

G. Dreyfus-Sée.

Kulbs. *Les accidents au cours du traitement par pneumothorax* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXV, n° 46, 16 Novembre 1928). — Les indications et contre-indications du pneumothorax sont actuellement bien connues et on sait quelles sont les précautions à prendre avant de décider une insufflation pleurale.

Cependant, même pratiquée prudemment, cette intervention n'est pas toujours effectuée sans incidents.

K. relate un certain nombre de complications relativement rares qu'il a eu l'occasion d'observer au cours du traitement.

Chez 2 malades, pendant l'insufflation, il a vu se constituer subitement un syndrome nerveux paraissant dû à une embolie gazeuse cérébrale. Fait particulier : les 2 sujets ont présenté une cécité transitoire, absolue, sans lésions ophtalmoscopiques décelables. Les troubles oculaires ont duré 3 jours chez le 1[er] malade, 4 jours chez le second, alors que le syndrome neurologique avait régressé assez rapidement. La ponction lombaire dans le 2[e] cas n'a décelé aucune réaction méningée, elle n'a pas amené non plus de sédation clinique.

Aucune erreur de technique n'a été relevée dans ces 2 cas.

Les recherches expérimentales chez le chien ont montré la possibilité de ces embolies gazeuses sans en déterminer la pathogénie.

Les hémorragies intra-pleurales peuvent se produire, parfois même avec une gravité considérable : chez le malade traité par K., l'hémorragie était due à la lésion d'une veine importante proche de la caverne tuberculeuse superficielle qui avait motivé la thérapeutique.

Les insufflations devront donc de préférence être faites à distance du foyer évolutif au niveau duquel existent souvent des adhérences et une circulation veineuse avec néo-vaisseaux et distension vasculaire.

Cette notion bien connue mérite cependant d'être soulignée.

K. a observé une perforation diaphragmatique avec pneumopéritoine au lieu de pneumothorax, chez une femme grasse avec coupole diaphragmatique élevée.

Il signale l'emphysème sous-cutané rare.

Les exsudats pleuraux précoces ne lui paraissent pas avoir le pronostic défavorable qu'on leur attribue habituellement.

Même l'existence de liquide purulent pourrait être tolérée.

Dans une observation curieuse suivie pendant 20 ans une jeune fille, bacillaire avérée, parut présenter une évolution favorable de ses lésions pulmonaires du fait d'une pleurésie purulente chronique apyrétique qui subsistait encore, fort bien tolérée après 20 ans.

Enfin les résultats éloignés sont à envisager. Pour ceux-ci, K. admet un pourcentage d'amélioration nette de 30 p. 100 dont la 1/2 environ demeure sans bacille.

La statistique sanatoriale de Krause ne portant que sur les tuberculoses ouvertes, ainsi sensiblement comparable aux cas traités par pneumothorax, est à peu près équivalente.

Cependant il est probable que parmi les sujets insufflés rentrent des cas plus avancés, plus graves que ceux traités par l'aération simple.

Malgré les accidents toujours possibles pendant le traitement, le pneumothorax reste donc, sous certaines réserves, la méthode de choix dans les tuberculoses cavitaires.

G. Dreyfus-Sée.

H. Much. *Energie irradiante et lipoïdes* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXV, n° 48, 30 Novembre 1928). — Dans une première série de recherches publiées il y a 1 an, M. avait déjà expérimenté l'action des lipoïdes irradiés sur la croissance des plantes : ses travaux avaient élucidé un certain nombre de questions concernant l'étude des lipoïdes, et leurs modifications par l'énergie radiante au point de vue de l'action sur la croissance des plantes.

Certains moyens de diminuer ou d'exciter le développement général avaient ainsi été précisés. Mais surtout il s'était efforcé de déterminer des modifications vitales des plantes afin de les rendre aptes à un usage thérapeutique dont elles étaient primitivement incapables.

Accessoirement, des observations intéressantes découlaient des résultats expérimentaux.

La peptone, la cholestérine, la lécithine, ne produisaient pas d'effets constants, des variations nettes s'observaient selon les plantes traitées par ces substances, et ces différences étaient encore augmentées par l'irradiation des produits employés.

Aux mêmes concentrations, des résultats très différents furent obtenus, et M. insiste sur la notion de l'action spécifique pour chaque plante de doses spéciales de chaque substance. On ne peut dire d'un produit qu'il favorise en général la croissance, en réalité il faut préciser la dose nécessaire, et la dilution favorable pour chaque type considéré.

Cette notion d'une vertu spécifique individuelle avec action parfois inverse de doses ou de concentrations différentes est en contradiction absolue avec la loi d'Arndt Schulze dont tous les travaux modernes s'efforcent de montrer l'inexactitude.

Le dogme de l'action constante des médicaments prévisible selon les doses employées est nettement controuvé, et dans ses essais, M. n'a jamais vérifié le rôle d'excitation légère des petites doses, plus forte des doses moyennes, inhibante des doses fortes et de nouveau excitante des doses très fortes (loi d'Arndt Schulze).

Il existe une action strictement individuelle, variable selon l'organe considéré, et selon le médicament employé; et les principes expérimentaux applicables *in vitro* sont inexacts chez l'être vivant, et surtout dans les cas pathologiques.

Dans la nouvelle série d'expériences entreprises depuis 1 an, M. s'est efforcé de préciser certaines de ces actions spécifiques.

Traitant des carottes et des boutures de saule avec des solutions de peptone, de cholestérine et de lipoïdes isolés ou associées, irradiées ou non, il obtient des croissances différentes montrant que selon les cas, une même action peut s'exercer dans un sens opposé.

Ainsi pour les carottes : la peptone accélère peu la croissance; la peptone irradiée l'inhibe nettement; la lécithine irradiée a la même action néfaste alors que la carotte croît normalement avec la lécithine non irradiée; la cholestérine gêne toujours la croissance mais surtout après irradiation.

Si on associe lécithine et cholestérine, on obtient non pas une sommation des actions, mais une inhibition marquée du développement; par contre, fait paradoxal, l'irradiation arrête cette action empêchante, alors que l'irradiation de chaque substance isolée enrayait notablement la croissance.

Des essais analogues pratiqués sur les boutures de saules, sur le plantain, avec des lipoïdes et même avec de la chlorophylle, démontrent la complexité de l'action des diverses substances, sa spécificité absolue, et l'impossibilité actuelle de tirer des conclusions d'une espèce à l'autre.

M. ne conclut d'ailleurs pas, et se défend de tenter aucune application de ses essais encore fragmentaires et dont la poursuite exige de nombreuses années.

G. Dreyfus-Sée.

K. Beckmann. *Une nouvelle méthode de destruction des bactéries dans les voies biliaires au cours des angiocolites et cholécystites* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXV, n° 48, 30 Novembre 1928). — La destruction des bactéries par modification de la réaction chimique du milieu vital a déjà donné de fort bons résultats en pathologie urinaire.

Une application de cette méthode générale aux infections des voies biliaires a été tentée par B.

Pour détruire les microbes de la bile, il détermine une augmentation de l'alcalinité du contenu des voies biliaires en injectant plusieurs jours de suite une solution de bicarbonate de soude à 5 pour 100 par la sonde duodénale ou en donnant au malade des capsules gélatinisées de 0,5 de bicarbonate de soude.

Dans 3 cas, des porteurs de bacilles paratyphiques B, avec élimination biliaire de microbes, furent considérablement améliorés et on vit disparaître le bacille de la bile.

Dans 4 autres cas plus sérieux, on notait des signes cliniques d'inflammation des voies biliaires infectées par des microbes variables : streptocoque, protéus, coli.

L'administration de bicarbonate de soude fit disparaître les symptômes cliniques et stérilisa la vésicule.

Ces faits paraissent explicables par les conditions vitales microbiennes actuellement connues : le *pH* de la bile alcalinisée étant notablement plus élevé que les milieux optima de culture microbienne.

G. Dreyfus-Sée.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

Fleckseder. *Emploi de l'injection intracardiaque de strophantine dans le collapsus et le coma des empoisonnements aigus* (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLI, n° 35, 30 Août 1928). — Dans les cas désespérés, au cours des empoisonnements par stupéfiants, F. a employé avec succès l'injection de 1/2 mmgr. à 0 gr. 001 de strophantine dans le ventricule gauche. Le cas rapporté concerne un homme de 30 ans, débile mental, alcoolique, intoxiqué accidentellement par une dose de 0 gr. 15 de morphine. Après des essais thérapeutiques infructueux par injection intraveineuse de digitaline, par administration d'atropine, T. eut alors recours au traitement préconisé plus haut qui eut pour résultat de dissiper le coma et de ramener le malade à la vie.

F. rapporte en outre plusieurs observations de tentatives de suicide par grosses doses de morphine ou par « Lysol »; dans tous ces cas, l'injection intracardiaque de 1/2 milligr. de strophantus ramena le malade à la vie.

Dans une série d'autres cas, ce traitement fut utilisé dans des états de collapsus avec le même succès. Dans le cas où la strophantine manque, on est autorisé à pratiquer l'injection intracardiaque d'huile camphrée.

Quant à la pathogénie de cette heureuse action, il apparaît à F. qu'il s'agit d'une excitation énergique exercée par le médicament au niveau de l'endocarde et se répandant de là dans toute la musculature cardiaque.

G. Basch.

Wasserbrenuer. *Traitement des affections rhumatismales par l' « Apicosan »* (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLI, n° 35, 30 Août 1928). — Sous le nom d'Apicosan, on désigne une préparation extraite du venin des abeilles. L'action favorable de la piqûre d'abeille dans les affections rhumatismales a été connue de tout temps dans les campagnes et, dès 1888, un article de Philipp Terc préconisait ce moyen thérapeutique, peu praticable cependant en raison de la douleur. Langer a montré que le venin de l'abeille est amicrobien; c'est un liquide limpide, légèrement acide et amer au goût. Le principe actif est constitué par des alcaloïdes d'origine végétale, très différents de l'acide formique dont on a voulu les rapprocher. On a préparé, en partant du venin de l'abeille, un produit injectable.

W. a traité 121 malades névralgiques ou rhumatisants par des injections sous-cutanées, intramusculaires et intradermiques de ce produit : à la suite des deux premiers modes d'injection, on observe surtout une réaction focale alors que l'injection intradermique donne lieu à une grosse papule prurigineuse.

W. a obtenu les meilleurs résultats dans les cas traités. G. Basch.

Takacs. *Recherches sur l'action d'alcaloïdes voisins de l'adrénaline; éphédrine et éphétonine* (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLI, n° 39, 27 Septembre 1928). — Ce n'est que récemment qu'on a pu extraire de l'Ephedra vulgaris, utilisé empiriquement en Chine, son alcaloïde, l'éphédrine, qui offre avec l'adrénaline des analogies frappantes.

Merck a réalisé une préparation synthétique, l'éphétonine, d'un prix de revient moins élevé. L'action pharmacodynamique consiste en une augmentation de la tension artérielle, avec parésie de la musculature bronchique, expectoration modérée et excitation du centre respiratoire. Cette substance ne donne lieu à aucun des troubles que provoque l'adrénaline.

Alors que l'éphétonine en injections sous-cutanées ne semble pas avoir d'action vaso-constrictive, son application locale sur la peau de la grenouille ou au niveau de la muqueuse pituitaire réalise une vasoconstriction locale. Cette substance agit donc en excitant les terminaisons du sympathique; au-dessus de certaines doses, on observe une baisse de la pression artérielle, ce qui s'explique par le fait que les seuils d'excitation du sympathique et du parasympathique sont très proches l'un de l'autre. Cette double action est également mise en évidence par les expériences sur les cœurs de grenouille.

L'éphédrine et l'éphétonine sont employées dans l'asthme, dans le rhume des foins et au cours des complications respiratoires de la grippe. Dans l'asthme, l'administration d'une tablette (0,05 d'éphétonine) matin et soir réalise une prophylaxie efficace de l'accès. Au cours de la crise même, l'absorption de 1 à 3 tablettes a une action des plus efficaces.

G. Basch.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

Adalbert Fuchs. *Traitement des troubles visuels post-hémorragiques* (*Wiener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, n° 45, 3 Novembre 1928). — F. relate l'observation d'une jeune femme de 29 ans qui, à la suite d'une grande hémorragie post-partum, présenta d'importants troubles visuels ; quatorze heures après l'accouchement, la malade ne pouvait pas compter les doigts à la distance d'un mètre, et ne reconnaissait pas son mari même lorsqu'il se tenait tout près de son lit.

L'examen du fond d'œil montre les papilles comme recouvertes d'un voile blanchâtre; il y a décoloration de la rétine dans la région péripapillaire avec étroitesse des artères et aspect normal des veines.

On pratiqua une transfusion de 250 cmc qui amena une amélioration immédiate de la vue en même temps que disparaissaient les lésions du fond d'œil, décrites plus haut.

Une deuxième transfusion améliora encore l'état de la malade. L'examen au campimètre, pratiqué 6 semaines plus tard, montre un rétrécissement léger du champ visuel à gauche.

Les troubles visuels post-hémorragiques sont connus depuis longtemps et surviennent surtout chez des sujets dont l'état préalable n'était pas satisfaisant. Lorsqu'ils suivent de très près l'hémorragie, ils sont particulièrement redoutables : sur 14 malades relatés par Singer, 11 restèrent aveugles. La transfusion dans de tels cas est donc une médication héroïque à utiliser d'urgence. G. Basch.

ARCHIVOS de la SOCIEDAD DE ESTUDIOS CLINICOS DE LA HABANA

A. Castellanos (La Havane). *Contribution à l'étude des pneumococcies : traitement par les sels biliaires* (*Archivos de la Sociedad de Estudios clinicos de la Habana*, tome XXVIII, n° 5, Juin 1928). — C'est en 1900 que l'Allemand Neufeld découvrit qu'en ajoutant quelques gouttes de bile de lapin à une culture virulente de pneumocoques, cette culture se clarifiait rapidement, ne gardant plus traces de microbes, enfin que les animaux vaccinés avec cette culture ainsi stérilisée acquéraient une immunité active vis-à-vis du pneumocoque. Plus tard, Nicolle et Adit-Abey démontrèrent que cette action lysante de la bile n'était pas due aux pigments biliaires, mais aux sels bilaires. Enfin, en 1925, Ribadeau-Dumas et Mlle Tisserand appliquèrent pour la première fois cette propriété de la bile à la thérapeutique infantile : applications locales de bile aseptique dans les rhinopharyngites pneumococciques.

Après s'être convaincu, à la suite des expériences de Shattuck, Kilian et Katoyama, de Bariety, que l'injection des sels biliaires dans la circulation, aux doses nécessaires pour tuer le pneumocoque, soit de 1 gr. par litre de sang, n'est nullement nocive pour l'individu injecté, C. s'est résolu à appliquer cette thérapeutique par les sels biliaires à certaines pneumococcies. Il s'est attaqué, pour commencer — et c'est l'objet de cette communication préliminaire — aux empyèmes pneumococciques, fréquents chez les enfants, en utilisant l'un des sels biliaires les plus actifs, le taurocholate de soude. Il l'a d'abord employé par la voie intraveineuse, mais il a préféré ensuite l'injecter directement dans la plèvre même. Absorbé très rapidement par la plèvre, le sel biliaire est ensuite éliminé assez vite, au maximum en 24 heures, par les urines. Jamais ces injections, faites à la dose de 5 à 7 centigr. par kilogramme de poids du sujet, et avec des solutions de taurocholate à 5 pour 100 dans l'eau distillée, n'ont donné lieu au moindre incident. Ces injections peuvent être répétées 4 à 5 fois par jour. L'unique contre-indication est constituée par l'empyème cloisonné (diagnostiqué par la radiographie après pneumothorax artificiel) : dans ce cas, il faut recourir à la pleurotomie.

En terminant, C. cite l'observation d'un empyème à pneumocoques grave chez un enfant de 18 mois, auquel il a appliqué, avec un plein succès, cette chimiothérapie par le taurocholate de soude.

J. Dumont.

ANNALS OF SURGERY (Chicago)

W. B. Coley (New-York). *Résultats terminaux dans la maladie de Hogdkin et le lymphosarcome traités par les toxines associées d'érysipèle et de bacillus prodigiosus, seules ou combinées avec l'irradiation* (*Annals of Surgery*, tome LXXXVIII, n° 4, Octobre 1928). — A la lumière des travaux récents et de sa propre expérience, C. étudie le traitement de la maladie de Hogdkin et du lymphosarcome. Ces deux affections ont une telle ressemblance, qu'il est souvent impossible de les différencier cliniquement et histologiquement; ce sont des variétés d'une même maladie.

La maladie de Hogdkin est susceptible de donner lieu à des localisations osseuses et C. pense qu'il s'agit là de métastases entraînées par le courant sanguin et semblables à celles que l'on observe dans le cancer.

Le tableau clinique de la maladie de Hogdkin est le plus souvent celui-ci : un ganglion apparaît sur un côté du cou, et est suivi bientôt après d'autres ganglions du même côté ; après quelques semaines environ, des glandes analogues apparaissent sur l'autre côté du cou, et enfin plus tard dans les aisselles, les aines ; les ganglions sont mobiles, rarement fusionnés, de consistance ferme, moins dure que dans le cancer, moins molle que dans le lymphosarcome. La rate, le foie sont assez souvent tuméfiés. Souvent, à une période avancée, il y a des poussées irrégulières de fièvre. Une anémie grave et progressive s'installe. L'examen du sang est sans valeur diagnostique. L'évolution spontanée est fatale, avec une durée variable suivant les individus. La biopsie précoce est indispensable au diagnostic, encore que dans quelques cas un diagnostic histologique négatif puisse se trouver démenti par l'évolution ultérieure.

Ces tumeurs sont extrêmement radiosensibles et répondent aussi d'une manière remarquable au traitement par les toxines combinées d'érysipèle et de bacillus prodigiosus. Il semble logique d'user d'un traitement mixte, joignant, aux avantages des effets locaux de l'irradiation par les rayons X ou le radium, l'effet des toxines qui peuvent atteindre les ganglions cachés et éloignés.

En pratique, quand la biopsie a été positive, si le ganglion enlevé était unique, le patient doit subir un traitement radiothérapique, et des injections de toxines 2 à 3 fois par semaine pendant 6 mois. Si les ganglions sont multiples, mais localisés à une région, et paraissent accessibles à la chirurgie, ils doivent être tous enlevés, et le malade traité ensuite par les rayons et les toxines. Si les ganglions sont envahis dans plusieurs régions, et particulièrement dans le médiastin, il est préférable de s'abstenir chirurgicalement, même pour les ganglions accessibles. Les malades doivent être observés et traités pendant de longues années.

Tout le monde admet que la radiothérapie fait diminuer et souvent disparaître les masses ganglionnaires, mais que la maladie récidive toujours après un temps plus ou moins long. C. considère que l'emploi des toxines apporte une aide précieuse. Dans un travail publié en 1915, sur 167 cas traités uniquement par les toxines, il avait eu 10 pour 100 de guérisons persistant de 3 à 20 ans. Depuis 1915, il a observé 58 cas de lymphosarcome et 39 cas de maladie de Hogdkin. Sur le nombre total, 19 sont restés bien de 5 à 22 ans après le début du traitement : 16 avaient été traités par les toxines seules, 3 par les toxines et les rayons. Le diagnostic avait été confirmé histologiquement dans tous les cas sauf un. Les cas récents de lymphosarcome montrent un arrêt de la maladie pendant cinq ans ou plus dans 10 à 15 pour 100 des cas : sur les 58 cas, 6 restèrent bien de 3 à 10 ans. Les cas typiques de maladie de Hogdkin semblent avoir un très mauvais pronostic : sur 39 cas, 3 seulement restèrent bien pendant plus de trois ans, et encore l'un d'eux mourait après quatre ans.

C. ajoute à son travail 8 observations détaillées, parmi les plus intéressants des cas observés.

M. Guimbellot.

REVISTA MEDICA LATINO-AMERICANA (Buenos Aires)

L. Ymaz. *Nouvelle méthode destinée à établir l'incompatibilité des sangs en vue de la transfusion* (*Revista Medica Latino-Americana*, t. XIII, n° 156, Septembre 1928). — Y. a renoncé plus ou moins complètement aux procédés habituels de l'examen du donneur et du receveur avant la saignée, car, dit-il, il est peut-être un peu schématique de cataloguer le sang des sujets suivant les 4 types de Moss. Tout d'abord il existe des groupes intermédiaires, qui compliquent la question, tant au point de vue théorique qu'au point de vue pratique. D'autre part le groupe sanguin d'un individu ne présente aucune fixité. Il l'a vu changer sous l'influence de certains médicaments (quinine, néosalvarsan, bismuth, aspirine, lactate de chaux, etc.), de l'anesthésie chloroformique ou éthérée, etc.

On sait que dans les accidents dus à la transfusion, interviennent les iso-agglutinines et les iso-hémolysines. Or les premières n'ont pas, d'après Y., l'importance qu'on leur attribue classiquement, puisqu'elles existent dans le quart des cas et ne donnent des accidents, en général légers, que dans 3 pour 100 environ. Y. incrimine plutôt l'instabilité colloïdale. Pour la mettre en évidence, il injecte 3 cmc de sang du donneur dans les veines du receveur et recherche, par les procédés cliniques habituels, les signes du choc colloïdoclasique. Parmi les signes que l'on observe en cas de choc, Y. attribue une grande valeur à la leucopénie.

Cette méthode, absolument inoffensive, lui semble par sa précision l'emporter sur toutes les autres méthodes préconisées antérieurement.

M. Nathan.


EN INJECTIONS
SOUS CUTANÉES
VÉRITABLEMENT
INDOLORES
l'acétylarsan
RÉUNIT LES CONDITIONS REQUISES
PAR LES DIFFÉRENTES MODALITÉS
DU TRAITEMENT ANTISYPHILITIQUE
TRAITEMENT D'ASSAUT
TRAITEMENT D'ENTRETIEN
TRAITEMENT D'ÉPREUVE
HÉRÉDO-SYPHILIS
LE LABORATOIRE DES PRODUITS
"USINES DU RHÔNE"
21, RUE JEAN GOUJON. PARIS 8e
tient à la disposition du Corps
médical la littérature documentaire et les échantillons nécessaires à une expérimentation
convaincante.

RÉPERTOIRE DE MÉDECINE PRATIQUE

Un classeur des **Répertoires de Médecine pratique** *est en vente à nos bureaux au prix de : France et étranger,* **9** *francs (envoi franco).*

(N° 476)

(Traitement) VOMISSEMENTS SIMPLES

Vomissements simples des nourrissons

Nous entendons par vomissements simples ceux qui ne sont dus ni à une sténose ou occlusion du tube digestif, ni à une toxi-infection (choléra infantile, acétonémie, etc.). Ces vomissements idiopathiques sont très communs chez les nourrissons, variables d'étiologie, d'évolution, de pronostic. Certains nourrissons vomissent dès la naissance, sans cause connue, par une sorte de prédisposition individuelle qui les a fait classer sous le vocable peu académique de *vomisseurs*. La plupart ne présentent qu'une sorte de régurgitation après la tétée; ils semblent se débarrasser du trop-plein sans que leur santé soit altérée, sans que leur courbe de poids fléchisse. Il n'y a donc pas lieu de s'en inquiéter. Quelques-uns vomissent abondamment, tantôt après chaque ingestion (sein ou biberon), tantôt à des intervalles plus ou moins longs. Il faut traiter ce genre de vomissements qui pourraient avoir de la gravité, en s'attaquant à la cause d'un trouble fonctionnel. La cause peut être dans l'abondance ou la fréquence des tétées, et il est de notion courante que la suralimentation prédomine dans la plupart des cas. Cependant G. Variot a signalé les vomissements des enfants sous-alimentés qu'une ration supplémentaire guérissait. On devra se méfier des *vomissements faciles* que présentent des enfants grandets et même des nourrissons; ils sont souvent en relation avec une appendicite chronique, qu'il faut chercher pour la trouver.

A.-B. Marfan a décrit, sous le nom de *maladie des vomissements habituels*, une variété de vomissements infantiles liés à *l'hérédo-syphilis* dont ils constitueraient un *signe de probabilité*. En général ces enfants, suspects de syphilis, n'en portent pas les stigmates; mais on ne trouve pas d'autre cause à invoquer et le traitement spécifique fait souvent merveille. L'argument tiré de cette thérapeutique ne nous semble pas valable; les vomissements peuvent disparaître après une imprégnation mercurielle ou arséno-benzolique, comme disparaissent d'autres symptômes devant d'aussi puissants modificateurs de la nutrition générale, sans qu'intervienne la spécificité. Les vomissements même habituels chez les nourrissons sont d'une telle banalité qu'on n'est pas autorisé à en faire une maladie particulière.

La cause des vomissements chez les nourrissons peut dépendre de la qualité du lait qu'on leur procure. Un lait trop gras, trop caséeux, trop lourd, qu'il soit de femme, de vache, de chèvre pourra causer des vomissements. En pareil cas, l'analyse du lait s'impose et on essaiera d'en modifier la composition par un changement de régime de la femelle laitière. Parfois le lait d'ânesse, si léger, fait disparaître les vomissements.

Certains enfants présentent une anaphylaxie paradoxale pour le lait et on a essayé de les désensibiliser par des injections sous-cutanées ou intramusculaires de lait aseptique (vache ou femme). Les doses de 5 à 10 cmc proposées par Ed. Weill peuvent être suivies d'abcès. Il faut se borner, comme l'a fait A.-B. Marfan, à une injection de 1 à 2 cmc. Le traitement des vomissements doit varier suivant la cause. Mais il y a des règles générales dont on s'inspirera.

1° Réglage méthodique des tétées ou biberons; intervalle de trois heures entre les repas (six par vingt-quatre heures). S'il s'agit d'enfants débiles ou prématurés, l'intervalle entre les tétées sera réduit à deux heures et demie ou même deux heures (huit à dix par vingt-quatre heures);

2° Si l'enfant est au biberon, on coupera le lait au quart d'eau bouillie sucrée (5 gr. pour 100). Parfois le lait hypersucré (10 gr. pour 100) arrêtera les vomissements. D'autres fois, le succès sera dû au babeurre, au lait sec, au lait condensé, au lait d'ânesse;

3° On ajoutera, à chaque biberon de lait, au moment de le donner, une cuillerée à café de la solution suivante :

Citrate de potasse	2 gr.
Eau bouillie	120 gr.

Si l'enfant est au sein, on fera prendre, avant chaque tétée, une cuillerée à café de cette solution dans une cuillerée à dessert d'eau bouillie sucrée.

La pegnine ou kymosine (ferment lab) pourra être utilisée dans les mêmes conditions;

4° Pour prévenir les vomissements, faire téter l'enfant sans le remuer, couché dans son berceau, dans l'obscurité et loin du bruit; biberon donné de même. On a remarqué que la dernière tétée, chez les enfants vomisseurs, avant le sommeil de la nuit, était gardée en totalité alors que les tétées de jour étaient presque toutes vomies;

5° Eviter la suralimentation comme la sous-alimentation. Rations normales : 120 gr. par kilogramme de poids dans les premiers mois, 100 gr. ensuite. S'il s'agit d'un débile, 150 à 200 gr. de lait par kilogramme de poids (lait supposé de bonne qualité);

6° Vie au grand air, cure d'air, cure de soleil, bains chauds ou douches chaudes, peut-être rayons ultra-violets;

7° Lavage de l'estomac dans les cas rebelles, avec eau de Vichy tiède en se servant d'une sonde de Nélaton n° 20 à 24 munie d'un petit entonnoir. L'eau étant sortie claire, on terminera par le gavage.

J. Comby

RÉPERTOIRE DE MÉDECINE PRATIQUE

Un classeur des **Répertoires de Médecine pratique** *est en vente à nos bureaux au prix de : France et étranger,* **9** *francs (envoi franco).*

(N° 477)

(Traitement) ANÉMIES

Anémies

(*TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE*)

Dans les *anémies simples*, le traitement étiologique est le plus souvent suffisant; dans les *anémies pernicieuses*, le traitement symptomatique est le plus utile.

I. — *Hygiène générale.*

1° *Repos, même au lit* dans les formes moyennes ou graves : soit de façon absolue au lit, soit dix ou douze heures de lit la nuit et le reste du temps sur une chaise longue. Séjour dans une chambre bien éclairée par le soleil, aérée jour et nuit.

Eviter toute fatigue (lectures prolongées, visites, préoccupations intellectuelles, etc.).

2° *Régime* : éviter l'abus des excitants, vins généreux, préparations alcoolisées, quinquina, etc. Eviter toute suralimentation. Prendre surtout des aliments riches en fer : viandes rouges (bœuf, cheval), poissons à chair maigre, jaunes d'œufs, épinards, choux verts (s'ils sont facilement digérés) chicorée, lentilles, haricots.

3° *En cas de dyspepsie par insuffisance chlorhydropeptique et atonie gastrique*, prendre une demi-heure après chaque repas un quart de verre d'eau sucrée additionnée d'une cuillerée à soupe de *solution d'HCl officinal* à 1 pour 100 ou une cuillerée à soupe de *dyspeptine* ou bien un cachet de 0 gr. 25 de pepsine.

4° *Dans la convalescence, séjour à la campagne* pendant un à deux mois dans un climat ni trop humide, ni trop sec, de préférence au voisinage d'une forêt : plaine ou altitude moyenne (800 à 1.200 m.); ou bien cure hydrominérale : Bussang, Forges-les-Eaux, Luxeuil, La Bourboule, Saint-Honoré-les-Bains, Salins-Moutier, Salins-du-Jura, Salies-de-Béarn, etc.

II. — *Traitement des anémies simples.*

1° Dans les *anémies à prédominance d'hypoglobulie* (valeur globulaire supérieure à la normale), donner des *préparations arsenicales* :

Liqueur de Fowler : progressivement de X jusqu'à XX ou XXX gouttes par jour, en deux fois, dans un peu d'eau, au repas; puis revenir progressivement à X gouttes.

Ou *granules de Dioscoride* (0 gr. 001 d'acide arsénieux par granule) : progressivement d'un à cinq par jour pendant quinze jours. Cesser 8-10 jours et reprendre.

Ou *injections sous-cutanées* d'un quart, un demi, puis 1 cmc de la préparation suivante :

Arséniate de potasse.	0 gr. 20
NaCl	0 gr. 27
H^2O distillée.	20 cmc.

Ou injections sous-cutanées de 0,05 à 0,10 de cacodylate de soude (moins actives);

2° Dans les *anémies à prédominance d'hypohémoglobinhémie* (valeur globulaire inférieure à la normale), donner des *préparations martiales* : un cachet de :

Protoxalate de fer	ãã 0 gr. 10
Poudre de rhubarbe	à 0 gr. 20

Commencer par 0,10 par jour au début du repas du midi. Au bout de deux, trois jours, 0,10 matin et soir et deux ou trois jours plus tard 0 gr. 20, deux fois par jour.

En cas de dyspepsie légère, prendre, en même temps, au cours du repas de la *limonade HCl*.

Si le fer détermine des douleurs gastriques, perte d'appétit, etc., recourir aux *injections sous-cutanées d'électromartrol* (Clin) ou de

Cacodylate de fer	0 gr. 03
Eau physiologique stérilisée	1 cmc.

Pour 1 ampoule, 1 à 3 par jour.

Si le fer et l'arsenic sont contre-indiqués (poussées fébriles et congestions dans la tuberculose, gastralgie, etc.), donner à chaque repas un cachet de :

Bioxyde de manganèse . . . . 0 gr. 25 à 0 gr. 50

4° *En cas d'anémie avec état hémolytique*, donner chaque jour 1 à 2 gr. de *cholestérine* en pilules et associer le *traitement ferrugineux*.

III. — *Traitement des anémies graves.*

Recourir d'emblée et simultanément à l'un des traitements précédents et à plusieurs des suivants :

1° *Sérum hémopoïétique* : 10 à 20 cmc par jour *per os* ou en lavement pendant dix, quinze jours; interrompre une semaine;

2° *Moelle osseuse* : moelle fraîche (des os longs de veau) : 50 gr. par jour en une ou deux fois additionnée de sucre ou de confiture ou dans du bouillon; ou poudre de moelle osseuse (moins active), en cachets de 0 gr. 20; deux, trois par jour; ou injections sous-cutanées de 1 cmc de solution aqueuse de moelle osseuse fœtale;

3° *Transfusion* : soit la grande transfusion de 300 à 500 cmc dans les anémies aiguës brusques; elle doit être immédiate, dès que la pression Mx s'abaisse au-dessous de 7 et Mn au-dessous de 4, soit des transfusions petites et répétées de 20 à 40 cmc avec réinjections intraveineuses ou sous-cutanées dans les anémies chroniques;

4° *Injections sous-cutanées* : 100 à 200 cmc par jour;

5° *Rayons X* : séances hebdomadaires sur les épiphyses, le sternum; méthode d'exception qui doit être maniée avec prudence;

6° *Thorium X* : 1 fois par semaine, injecter une dose de 50 microgrammes ou tous les deux jours, 10 à 20 microgrammes;

7° Dans les anémies pernicieuses avec splénomégalie, surtout avec ictère, la splénectomie donne parfois de bons résultats.

A. Lutier.


L'ASSÉCHANT BRONCHIQUE LE PLUS EFFICACE
ET LE MIEUX TOLÉRÉ GASTRIQUEMENT
PERLES
TAPHOSOTE
LAMBIOTTE FRÈRES
Dosées à 0 gr. 25 de tanin-phosphate de créosote.
(CRÉOSOTE 76 % — ACIDE PHOSPHORIQUE 19 % — TANIN 5 %)
BRONCHITES CHRONIQUES
CATARRHES
SÉQUELLES DES GAZ TOXIQUES
PRÉTUBERCULOSE
TUBERCULOSE PULMOMAIRE
MODE D'EMPLOI
PERLES TAPHOSOTE
LAMBIOTTE FRÈRES
Dose moyenne :
5 perles par jour.


LA CRÉOSOTE SANS CRÉOSOTISME
PHOSOTE
LAMBIOTTE FRÈRES
PHOSPHATE DE CRÉOSOTE PURE
(CRÉOSOTE 80 % - ACIDE PHOSPHORIQUE 20 %)
ASSIMILATION COMPLÈTE
TOLÉRANCE PARFAITE
PHOSOTE
PHOSOTE INJECTABLE EN AMPOULES de 1 - 2 - 3 c.c. 1 c.c. par jour ou 2 c.c. tous les 2 jours ou 3 c.c. tous les 3 jours
TOUTES AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES AIGUËS ET CHRONIQUES
PRÉ-TUBERCULOSE
TUBERCULOSE
PHOSOTE
10 SUPPOSITOIRES
PHOSOTE SUPPOSITOIRES dosés à 0,5 c.c. 2 par jour

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MÉDECINE
(Paris)

G. Roussy (Paris). *L'orientation actuelle des idées sur le cancer* (*Annales de Médecine*, tome XXIV, n° 4, Novembre 1928). — R. rappelle les données intéressantes qui découlent de l'étude du cancer expérimental, greffé ou artificiellement provoqué, pour l'étiologie, la pathogénie et la biologie du cancer. L'étude du cancer du goudron, notamment, a bien montré le rôle de prédispositions individuelles, l'importance de la période de latence telle que la cause peut avoir depuis longtemps disparu quand le cancer apparaît; elle a précisé les réactions locales de l'organisme à l'égard du cancer; les recherches expérimentales ont également bien mis en valeur la multiplicité des causes du cancer.

La méthode des cultures de tissus *in vitro* ou d'« explantation » (Alexis Carrel, Murphy) a fourni des résultats intéressants, en utilisant notamment la tumeur de Rous ou sarcome spontané de la poule, ou encore un sarcome d'origine chimique provoqué chez l'animal par l'injection de goudron.

Les recherches de bio-chimie sont dues, en grande partie, aux travaux de Warburg, et leur point de départ consiste dans les variations du métabolisme du glucose dans les tissus.

L'exposé de ces recherches montre la tendance actuelle des auteurs à admettre à la base de l'origine du cancer une perturbation de la vie cellulaire. Le cancer apparaît comme l'expression d'un bouleversement peut-être physico-chimique de la cellule, frappant à la fois les complexes colloïdaux nucléaires et protoplasmiques, et provoquant dans la cellule des troubles du rythme de la croissance et du métabolisme fonctionnel, qui, une fois établis, paraissent définitifs et irréversibles. Cette fertilité, qui se transmet aux cellules-filles de façon quasi indéfinie, constitue la caractéristique de la cellule cancéreuse: elle lui appartient en propre et ne se retrouve dans aucun autre processus morbide. Et l'on en arrive ainsi à la conception du cancer « maladie cellulaire », dont le *primum movens* nous échappe encore, mais dont les caractères biologiques et morphologiques s'opposent nettement à ceux des phénomènes inflammatoires.

Il semble qu'on soit en droit de rapprocher le phénomène de la cancérisation de celui de la fécondation du point de vue nouveau de la chimie physique établi par J. Loeb et Y. Delage, et de supposer qu'en pathologie tumorale, le stimulant formatif, cherché en vain par les morphologistes dans un agent figuré, est peut-être de nature physico-chimique. Les effets des agents physiques, comme les rayons X ou les rayonnements des substances radio-actives, qui ont la curieuse propriété de produire (action stimulante) ou de détruire (action nécrosante) le cancer, apportent de sérieux arguments en faveur de cette hypothèse. L. Rivet.

G. Roussy et A. Héraux (Paris). *La fréquence du cancer d'après les récentes statistiques de mortalité* (*Annales de Médecine*, tome XXIV, n° 4, Novembre 1928). — Les données fournies par les statistiques de mortalité, notamment par celle d'Henry Thierry à Paris, ne permettent pas de conclure à l'augmentation du cancer en France. Ces statistiques montrent à Paris la dissémination de la maladie et ne démontrent pas l'existence de « maisons à cancer ». Les auteurs étudient ensuite les statistiques des pays étrangers.

Il ressort de cette étude qu'il est très difficile, à l'heure actuelle, d'apprécier avec quelque rigueur l'augmentation de la mortalité par cancer dans les différents pays. Si cette augmentation existe, elle est certainement inférieure à ce que pourraient faire croire les documents statistiques considérés en eux-mêmes. Il faut tenir compte des progrès accomplis dans le mode d'établissement des certificats des causes de décès. D'autre part, Wilcox pense que l'augmentation apparente de la mortalité par cancer est due, avant tout, à l'augmentation du nombre des cancers internes, dits inaccessibles, dont on décèle de mieux en mieux l'existence. Enfin, il existe de nombreuses causes d'erreurs dans les diagnostics, ainsi qu'en témoignent les documents fournis par les statistiques d'autopsie. Aussi faut-il faire de grandes réserves sur la valeur des statistiques, au point de vue de l'étude du cancer en général, et sur les déductions qu'il convient d'en tirer. L. Rivet.

Prof. J. Maisin et A. François (Louvain). *Influence du régime alimentaire sur l'éclosion et l'évolution du cancer du goudron* (*Annales de Médecine*, tome XXIV, n° 4, Novembre 1928). Le cancer du goudron n'est pas dû à une simple irritation locale, mais il est la résultante d'une action locale et d'une modification indéterminée, mais certaine, du chimisme organique sous l'influence du goudronnage. On peut influencer l'évolution du cancer du goudron en modifiant certaines fonctions organiques (fonction testiculaire, Jacqmin), en injectant certains sels minéraux. La cancérisation est donc, en grande partie, sous la dépendance du métabolisme général. Ceci a amené les auteurs à se demander si le régime alimentaire n'aurait pas, lui aussi, une action sur l'évolution du cancer en modifiant la composition des humeurs.

Beebe et Van Abstijne ont rendu des rats réfractaires à la greffe d'un sarcome à l'aide d'un régime dépourvu d'hydrates de carbone. Cramer a montré l'influence des vitamines sur les greffes.

M. et F. ont étudié l'influence d'un régime au foie sur l'éclosion du cancer du goudron chez la souris. Ils ont vu qu'il est possible, à l'aide d'un tel régime, d'accélérer nettement l'éclosion et l'évolution de ces tumeurs, en les rendant très malignes. Les substances actives contenues dans le foie résistent à la dessiccation et à une conservation à l'état sec durant quelques mois au moins; on ne peut d'ailleurs dire à quel groupe de substances appartient la fraction active. Des expériences confirmatives ont été faites sur le lapin par Ledecq. L. Rivet.

ARCHIVES DES MALADIES DU CŒUR DES VAISSEAUX ET DU SANG
(Paris)

René Leriche et René Fontaine (Strasbourg). *Mise en évidence par l'expérimentation d'un système de régulation vasomotrice périphérique indépendant de la régulation circulatoire générale* (*Archives des maladies du Cœur, des Vaisseaux et du Sang*, tome XXI, n° 12, Décembre 1928). — L. et F. ont entrepris sur le chien des recherches sur l'influence du sympathique lombaire sur la circulation du sang dans les membres inférieurs, en suivant les principes indiqués par Nolf.

Toute excitation du sympathique lombaire, qu'elle soit mécanique ou électrique, produit dans la circulation générale une augmentation suivie d'une chute, puis du rétablissement de la pression artérielle. En même temps, dans la circulation périphérique du membre inférieur, on note une hypertension (vasoconstriction) rapide et transitoire précédant une hypotension (vaso-dilatation) plus durable et qui persiste plusieurs minutes avant de disparaître.

Les vaisseaux possèdent, même en dehors de toute connexion avec les systèmes nerveux cérébro-spinal et sympathique, la propriété de répondre à une contraction par une dilatation, et inversement à une dilatation par une contraction. La mise en évidence de ce mouvement de bascule est très importante. C'est sans doute, en effet, grâce à ce mécanisme autonome que se maintient l'équilibre circulatoire de nos tissus en présence des fluctuations incessantes de la circulation générale.

Les constatations des auteurs peuvent être appliquées à l'étude du mécanisme des troubles vasomoteurs post-traumatiques des membres. Ces troubles traduiraient le dérèglement des centres périphériques intravasculaires. Il en existerait de deux sortes : ceux du type constricteur et ceux du type dilatateur; de ce dernier relèveraient surtout les ostéoporoses et les arthrites traumatiques.

Il semble donc que, dans toute réaction vasomotrice, il faille distinguer : d'une part, les effets sur la circulation générale; d'autre part, une influence sur la circulation locale. C'est aux mêmes conclusions qu'avaient abouti R. Leriche et J. Heitz en analysant les modifications vasculaires que produisent les sympathectomies chez l'homme. L. Rivet.

ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE
(Paris)

E. Klein. *Les lésions oculaires dans les fabriques de soie artificielle* (*Archives d'Ophtalmologie*, tome XLV, n° 11, Novembre 1928). — Les ouvriers employés dans les ateliers de filature des fabriques de soie artificielle où l'on utilise le procédé à la viscose présentent très souvent une maladie professionnelle des yeux spéciale à cette industrie.

Cette affection est caractérisée par une atteinte de la cornée et de la conjonctive accompagnée de phénomènes douloureux très vifs et souvent d'érosions superficielles. La maladie est d'ailleurs bénigne et guérit dans un laps de temps très court et sans laisser de traces. La « viscose » est retirée des substances organiques, comme le bois, au moyen de soude caustique Dans le traitement ultérieur interviennent, de plus, une série de substances chimiques telles que l'acide sulfurique, la soude caustique, le sulfure de carbone et le sulfate de sodium. On comprend dès lors que l'atmosphère des ateliers où l'on manipule la viscose puisse contenir à l'état gazeux ou à l'état de fines gouttelettes des substances irritantes pour l'œil; en outre, les ouvriers, qui sont obligés de prendre les fils déchirés en mains, portent leurs doigts à la figure et mettent ainsi des produits irritants en contact avec la conjonctive et la cornée elle-même.

Ces trois modes de production des accidents conditionnent les mesures prophylactiques à prendre : 1° un écran, s'interposant entre le fil et l'ouvrier, devra empêcher les gouttelettes d'atteindre les yeux; 2° des masques-lunettes devront être mis à la disposition des ouvriers : grâce à un dispositif spécial, ces masques absorbent et neutralisent les vapeurs acides; 3° les ouvriers fraîchement embauchés devront être personnellement instruits des risques de brûlures oculaires par attouchement. J. Dumont.

LE JOURNAL MÉDICAL FRANÇAIS
(Paris)

A. Tardieu. *Barbiturisme; formes cliniques; réactions thermiques; traitement* (*Le Journal médical français*, tome XVII, n° 11, Novembre 1928), — L'intoxication aiguë par les dérivés de l'acide barbiturique — véronal ou autres dérivés de la malonylurée — est un mode d'empoisonnement-suicide en progression régulièrement croissante, chez les anxieux, les délirants, les mélancoliques surtout.

L'intoxication aiguë aboutit en 25 à 30 minutes à un coma plus ou moins profond. Le coma est précédé d'une période ébrieuse avec vertiges, nausées, agitation, titubation qui peut être la seule manifestation dans les cas légers.

Si la dose a été suffisante d'emblée on peut avoir un coma léger d'où les excitations peuvent tirer le malade et où les réflexes ne sont pas abolis.

Le coma profond s'accompagne de troubles sphinctériens, de respiration lente et stertoreuse, de difficultés de la déglutition.

Le coma s'accompagne de soubressauts tendineux, le pouls est filant, la respiration peut prendre le rythme de Cheyues-Stokes, l'hypothermie assombrit le pronostic.

Enfin on peut avoir alternance de coma avec des périodes d'agitation et de délire.

Le coma est continu, il dure de 3 heures à 6 jours. Dans les cas favorables, la reprise de la connaissance est lente et progressive. Dans les cas graves, la mort survient au bout de 2 ou 3 jours par paralysie des muscles respiratoires ou défaillance cardiaque. Il y a, en outre, anurie ou oligurie, albuminurie et présence de pigments biliaires.

Les exanthèmes et les énanthèmes sont la règle, très variés d'aspect.

Le traitement consiste à laver l'estomac lorsqu'il est encore temps, à pratiquer une saignée suivie, si possible, de transfusion, à alimenter le sujet à la sonde, à lutter contre l'état dépressif par la strychnine et la caféine, à faciliter la diurèse et à sonder la vessie s'il y a lieu. ROBERT CLÉMENT.

A. Tardieu et A. Carteaud. *Les accidents cutanés et muqueux du barbiturisme* (*Le Journal médical français*, tome XVII, nº 11, Novembre 1928). — Les toxidermies apparaissent dans environ un cinquième des cas de barbiturisme et de préférence au cours de l'évolution des formes subaiguës et bénignes. Elles surviennent souvent dans une cure médicamenteuse longuement poursuivie comme dans l'épilepsie ou l'agrypnie. Dans les cas d'empoisonnement massif, les accidents cutanés sont tardifs au cours du coma, alors que le pronostic est devenu favorable.

Les manifestations cutanées sont très polymorphes et peuvent simuler la plupart des exanthèmes et des fièvres éruptives. Parfois brusquement survient une dermite rouge écarlate qui peut faire penser à la scarlatine, car elle s'accompagne de fièvre, de céphalée, de vomissements; mais le début brusque, le siège prédominant à la face et sur la poitrine, l'évolution rapide, avec ou sans desquamation, permettent le diagnostic. D'autres éruptions simulent la rougeole, la rubéole. On peut avoir des éléments éruptifs polymorphes : des papules sur les jambes, un érythème à la face, etc.

Parfois un œdème rouge de la face avec fièvre intense peut simuler l'érysipèle. On a vu des rash érythémato-pustuleux, bulleux, pemphigoïdes, vésiculeux. Très rarement, on a observé une dermatose chronique.

Milian et ses élèves pensent que ces éruptions sont des phénomènes biotropiques. D'autres ont assimilé ces accidents à des phénomènes de photosensibilisation. T. et C. croient que le déséquilibre du système nerveux organo-végétatif, caractérisé par l'hypertonie du sympathique, intervient pour une part importante dans le déterminisme des éruptions barbituriques comme dans celui des exanthèmes toxi-alimentaires ou scarlatineux. ROBERT CLÉMENT.

PARIS MÉDICAL
(Paris)

R.-A. Marquézy. *Le traitement du purpura hémorragique chronique* (*Paris médical*, tome XVIII, nº 48, 1er Décembre 1928). — Caractérisé par le prolongement du temps de saignement, la diminution du nombre des plaquettes sanguines, alors que le temps de coagulation est normal, le purpura hémorragique chronique correspond au syndrome d'hémogénie décrit par P.-E. Weill.

On pourra lui opposer soit une médication opothérapique sous forme d'hémato-éthyroïdine, d'extrait thyroïdien, d'extrait hépatique, soit une médication coagulante à base de chlorure de Ca, de pectine de sérum de cheval, de sérum sérique ou de peptone.

On a essayé sans grand succès, semble-t-il, les extraits de plaquettes. Le sang total paraît agir plus par choc que par son apport en plaquettes.

L'action des rayons X sur la coagulation est incontestable, son action sur le temps de saignement paraît plus douteuse.

La splénectomie, au contraire, lorsque le malade a été soigneusement préparé à cette intervention, amène une guérison clinique dans la majorité des cas. La thrombopénie et le temps de saignement n'offrent souvent qu'une amélioration temporaire et la guérison biologique n'accompagne pas toujours la guérison clinique.

Les résultats semblent définitivement acquis pour les observations déjà anciennes.

ROBERT CLÉMENT.

F. Coste. *A propos du traitement des méningococcémies* (*Paris médical*, tome XVIII, nº 51, 22 Décembre 1928). — La forme pseudo-palustre de la méningococcémie de beaucoup la plus fréquente est plus une bactériémie intermittente qu'une septicémie vraie.

Il est curieux d'observer le contraste entre le peu d'effet du sérum antiméningococcique dans cette forme et sa valeur antimicrobienne expérimentale. Par voie musculaire ou sous-cutanée, il est à peu près inefficace; par voie intraveineuse ou intrarachidienne, il semble agir surtout par choc.

C'est probablement aussi par le mécanisme du choc, et seulement s'il y a une vive réaction fébrile, qu'agissent la plupart des médications, depuis la peptone, le lait, l'isohémothérapie, la vaccinothérapie, jusqu'à l'abcès de fixation.

La violence du choc et l'époque à laquelle on le pratique ont plus d'importance que la nature du produit employé dont aucun n'a l'air spécifique.

Parmi les substances actives, les colorants et les dérivés de l'acridine injectés par voie intraveineuse ont donné à C. de bons résultats et on pourrait les injecter plus précocement que les protéines qui ne semblent guère agir qu'après le 20e jour.

ROBERT CLÉMENT.

J. Reilly et F. Coste. *Sur un procédé de désinfection rapide des porteurs de méningocoques* (*Paris médical*, tome XVIII, nº 51, 22 Décembre 1928). — Comme les autres microorganismes, fragiles, cultivant mal et subissant aisément la lyse, le méningocoque est particulièrement sensible vis-à-vis des colorants dérivés du jaune d'acridine.

In vitro, incorporée au milieu de culture, la gonacrine retarde de 3 jours la culture d'un méningocoque entraîné à pousser sur les milieux artificiels à la dilution de 1/200 000, elle entraîne le développement à la dose de 1/20 000, mais il ne s'agit que d'une action d'arrêt et, après 1 heure de contact avec une solution au 1/2000, le méningocoque pousse encore très bien.

In vivo, R. et C. ont réussi dans 5 cas à débarrasser rapidement les porteurs de germes de leurs méningocoques en pratiquant des attouchements pharyngés et des instillations nasales de gonacrine à 1 pour 250.

ROBERT CLÉMENT.

LE PROGRÈS MÉDICAL
(Paris)

H. Lassale et M. Sendrail (Paris). *La médication cardiosthénique d'urgence par l'adonidine* (*Le Progrès médical*, nº 48, 24 Novembre 1928). — L. et S. ont étudié expérimentalement, chez le lapin et chez le chien, l'adonidine intraveineuse. Ils ont constaté sa grande toxicité, et que l'effet cardiosthénique du début est bientôt suivi d'un ralentissement rythmique et d'un effondrement de l'amplitude des systoles.

Quelles que soient la dose et la voie d'introduction, la chronaxie du ventricule et celle du faisceau auriculo-ventriculaire sont augmentées à tous les stades de l'intoxication.

Les auteurs concluent que, contrairement à la tendance habituelle de considérer l'adonidine comme un toni-cardiaque mineur et de la donner comme médicament d'entretien dans l'intervalle des cures digitaliques, l'adonidine est impropre à ce rôle et réservera des mécomptes à qui voudra le lui imposer.

Ils conseillent de l'employer comme un cardio-tonique d'attaque et de la prescrire avant les toni-cardiaques et les modifications du rythme et non après.

ROBERT CLÉMENT.

P. Trillat. *Les variations de poids chez la femme enceinte* (*Le Progrès médical*, nº 49, 1er Décembre 1928). — Le poids des femmes enceintes augmente en moyenne de 9 kilogr. à 11 kilogr. Le repos et la bonne alimentation, la position sociale sont des facteurs importants de cette augmentation. Les femmes qui maigrissent pendant leur grossesse ont les plus petits enfants. Le poids de l'enfant croît proportionnellement au gain réalisé par sa mère pendant la grossesse, surtout chez les primipares.

L'augmentation due au fœtus et à ses annexes est de 300 gr. environ. On peut estimer en moyenne à 5 kilogr. environ le gain maternel proprement dit.

L'augmentation de la masse sanguine est probablement un facteur important de l'accroissement pondéral, la surcharge adipeuse en est un autre.

ROBERT CLÉMENT.

LE BULLETIN MÉDICAL
(Paris)

Th. Alajouanine et D. Petit-Dutaillis. *Sur la clinique et le traitement des abcès cérébraux post-traumatiques* (*Le Bulletin médical*, tome XLII, nº 50, 21-24 Novembre 1928). — A. et P. passent en revue les éléments du diagnostic, du pronostic et du traitement des abcès cérébraux post-traumatiques.

Cette redoutable complication des traumatismes craniens survient le plus souvent au cours de la première année (56 cas sur 73), beaucoup plus rarement après.

Les abcès cérébraux s'observent surtout dans les suites des plaies pénétrantes, des plaies cranio-cérébrales ou des fractures exposées de la voûte avec atteinte directe de la dure-mère et du cerveau.

Il est de grand intérêt de dépister précocement ces abcès; pour cela il faut tenir le plus grand compte des signes d'hypertension intracranienne et particulièrement des troubles intellectuels (narcolepsie, troubles de l'idéation), de la stase papillaire et des signes tirés de l'examen du liquide céphalo-rachidien.

Certaines formes sont latentes, d'autres foudroyantes ou se manifestant par des signes de méningite, d'autres convulsives, d'autres simulant les tumeurs cérébrales.

Le traitement le meilleur est préventif. L'abcès une fois constitué, le pronostic opératoire est grave quelle que soit la méthode opératoire employée. La vaccinothérapie peut être un complément utile de l'opération. Le pronostic dépend du siège de l'abcès et des séquelles post-opératoires. ROBERT CLÉMENT.

G. Didsbury. *Rhinites vaso-motrices; leurs formes et leurs complications; traitement et guérison par la désensibilisation de la muqueuse nasale obtenue par l'électrolyse [variété de résection nerveuse]* (*Le Bulletin médical*, tome XLII, nº 53, 12-15 Décembre 1928). — Pour D., les rhinites vaso-motrices ne sont pas d'ordre anaphylactique. Qu'il s'agisse du groupe saisonnier : rhume des foins, fièvre des foins, asthme des foins ou du groupe non saisonnier, rhinite vaso-motrice ou spasmodique, le fait que l'attouchement, avec un stylet boutonné, des zones du trijumeau nasal hyperesthésié déclenche aisément et instantanément les accidents, permet d'éviter de chercher une toxine ou une toxalbumine responsable.

On peut très bien admettre aujourd'hui l'existence de fièvre en dehors de toute septicémie.

D. obtient la désensibilisation et la guérison des rhinites vaso-motrices par destruction électrolytique des régions où l'hyperesthésie est le plus accentuée, particulièrement au niveau de la tête du cornet moyen. L'amélioration fonctionnelle est pour lui en rapport constant avec l'amélioration anatomique.

L'application locale d'antigène, la cautérisation pratiquée avec les gaz thermaux agiraient par le même mécanisme.

Enfin le traitement du terrain et particulièrement

de l'état hépatique et rénal n'est pas à négliger, car il joue un rôle considérable dans ces accidents.

Robert Clément.

L. Gaume (Paris). ***L'origine des gaz intestinaux*** (*Le Bulletin médical*, tome XLII, n° 54, 19-22 Décembre 1928). — Cet article abonde en idées originales et constitue un chapitre absolument neuf de physiologie et de physiopathologie intestinale.

La présence de gaz de l'intestin est une des conditions primordiales de la vie car elle est nécessaire pour équilibrer la pression atmosphérique et permettre les mouvements du diaphragme.

On admettait que les gaz proviennent de la fermentation de la cellulose ingérée, mais on ne sait alors comment expliquer qu'elle existe chez les sujets soumis pendant des mois à un régime lacté exclusif, chez le nourrisson et même chez le fœtus.

Pour G. ces gaz ne peuvent se former que *dans le duodénum*. Sa forme, le véritable clapet à air que constitue l'angle duodéno-jéjunal, la nécessité d'une brasse duodénale des liquides qui y pénètrent, le moyen de protection que présente le repli muqueux qui protège l'ampoule de Vater, le dispositif de sûreté que représente le muscle de Treitz et les fibres qui vont au pylore concordent à soutenir cette hypothèse.

Dans le duodénum, le gaz se forme par décomposition de l'eau, et ce gaz, qui n'est ni expulsé, ni absorbé, doit donner dans le gros intestin une reconstitution de l'eau. L'excès de gaz absorbé chez les vieillards, après absorption de certains aliments, viendrait d'une diminution de sécrétion du ferment hydroformateur du gros intestin. Chez le fœtus, l'eau viendrait du liquide amniotique absorbé. Le développement de gaz dans l'intestin est, là aussi, indispensable pour refouler le diaphragme, empêcher la pénétration du liquide dans les bronches, et permettre la respiration dès que l'enfant arrive à l'air libre.

Robert Clément.

GAZETTE HEBDOMADAIRE des SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

M. Charbonnel et L. Massé (Bordeaux). ***Artériographie des membres avec l'iodure de sodium*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, an. IV, n° 3, 20 Janvier 1929). — Dans un cas de gangrène par artérite des 2e et 3e orteils droits chez une diabétique de 68 ans, chez qui l'amputation était inévitable, Ch. et M., pour fixer le siège de cette amputation, ont eu l'idée de se renseigner sur l'étendue de la perméabilité artérielle et sur la valeur de la circulation collatérale musculaire en injectant dans la fémorale, au niveau du canal de Humter, 8 cmc d'une solution d'iodure de sodium à 25 pour 100, en même temps qu'on pratiquait une radiographie instantanée.

Cette méthode d'artériographie, préconisée par Egas Moniz pour le crâne avec les beaux résultats qu'on connaît, avait déjà été employée pour les membres — ce que Ch. et M. ignoraient au moment de leur propre essai — par Brooks et Singleton, mais ce dernier utilisait une solution à 100 pour 100 d'iodure de sodium, concentration trop forte et qui explique les accidents graves observés par cet auteur : sur 3 cas, un résultat positif, une gangrène rapide à la suite de l'injection ayant nécessité une amputation et une mort.

Dans le cas de Ch. et M., la solution à 25 p. 100 s'est montrée inoffensive et, ainsi qu'en témoigne la figure reproduite, elle a donné des clichés suffisamment nets, montrant un réseau collatéral abondant descendant jusqu'au pied, indication qui a permis de limiter l'amputation à un Syme classique. Au cours de cette amputation, on a pu vérifier la perméabilité des artères, bien que celles-ci ne saignassent pas en jet saccadé. Au moment de la présentation de l'opérée à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, l'opération ne datait encore que de 48 heures, mais le moignon paraissait bien vascularisé et les suites devoir être favorables.

L'artériographie par injection intraartérielle d'iodure de sodium constitue-t-elle une méthode pratique? Ch. et M. ne le pensent pas. Elle ne saurait, disent-ils, soutenir la comparaison avec les autres méthodes d'exploration de la perméabilité artérielle (oscillométrie, épreuve de Moszkowicz, test d'Aldrich et Mc Clure). Ce sont ces méthodes, ajoutées, quand cela est nécessaire, c'est-à-dire presque toujours, à ce que Villaret appelle les méthodes « dynamiques » (bain chaud, acétylcholine), qui montrent le maximum de capacité qui peut être apporté à la circulation, en supprimant l'élément spasmodique fonctionnel ; ce sont ces méthodes cliniques qui sont toujours employées au lit du malade dans l'étude (et dans le traitement) des états prégangreneux. Mais à la période de gangrène imminente, et à plus forte raison confirmée, l'innocuité de l'injection d'iodure de sodium à 25 pour 100 peut autoriser à conseiller ce mode d'exploration de préférence au lipio-diagnostic, pour fixer le niveau de l'amputation. Par suite de sa haute viscosité, le lipiodol risque, en effet, d'obturer les capillaires des lambeaux projetés et, par suite, de les vouer à un sphacèle probable.

J. Dumont.

LYON MÉDICAL

Saïd Djemil (de Constantinople). ***Pathogénie de la pellagre*** (*Lyon médical*, tome CXLII, n° 53, 30 Décembre 1928). — D'une étude basée sur 261 cas de pellagre importés d'Egypte et sur 4 cas autochtones, D. conclut que la pellagre est due à une carence complexe probablement en vitamine A et B.

Le fait qu'elle n'a jamais sévi que dans la classe pauvre et chez les soldats, alors que les officiers étaient indemnes, montre qu'il ne peut s'agir d'une infection.

Fréquemment la pellagre fut précédée d'héméralopie ou d'œdème ou de diarrhée séreuse ou de kératose pilaire ou d'autres manifestations d'un régime carencé.

Le maïs ne peut être incriminé dans ces cas, car il ne figurait pas dans la ration des émigrés ou des malades observés.

Le régime pellagrigène semble être surtout un régime végétarien et hydrocarboné. D. a pu constater l'efficacité de la levure de bière et du lactose du commerce tous deux riches en facteurs B; mais, pour obtenir un traitement curatif ou préventif efficace, il fallut ajouter au régime du facteur liposoluble et diverses protéines.

Ni la vitamine A ni la vitamine B isolées ne suffisent ; la pellagre doit être une carence complexe où prédomine l'absence des vitamines A et B.

Robert Clémemt.

JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

J. Rollet (Lyon). ***Les paralysies oculaires consécutives à la rachianesthésie*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome IX, n° 197, 20 Mars 1928). — Les accidents oculaires consécutifs à la rachianesthésie sont heureusement rares. Ce sont essentiellement des paralysies du moteur oculaire externe, généralement unilatérales ; les paralysies du moteur oculaire commun sont plus rares. Diverses autres lésions nerveuses — diffuses, à forme bulbaire; localisées, oculo-sensorielles, auditives, paralysie faciale, paralysies du voile du palais ou des masticateurs, paralysie du médian, névrite du cubital — peuvent exceptionnellement accompagner ces paralysies, tandis que constamment existent des signes de réaction méningée.

Survenant habituellement une semaine après l'opération, ces paralysies rétrocèdent le plus souvent spontanément au bout de 6 à 7 semaines. Cliniquement, signes classiques : strabisme paralytique, diplopie correspondante, vertiges fréquents.

De très nombreuses théories se sont efforcées d'expliquer la genèse de ces accidents : modifications mécaniques (hypotension ou hypertension du liquide céphalo-rachidien, modifications de la tension sanguine); actions toxiques sur le système nerveux (action toxique locale sur les éléments nerveux oculo-moteurs, action toxique de voisinage par atteinte de la papille labyrinthique et lésion oculo-motrice réflexe, action toxique générale après absorption dans la circulation et fixation secondaire sur les centres oculo-moteurs); théorie méningée, enfin, invoquant un mécanisme plus complexe et qui paraît plus proche de la vérité : les accidents seraient dus à une localisation en un point de moindre résistance d'un processus méningé atténué consécutif à l'injection anesthésiante; peut-être des tares antérieures, telle que la syphilis, créent-elles une prédisposition particulière.

Le traitement sera prophylactique : rachianesthésics améliorées dans leurs techniques, mieux précisées dans leurs indications et contre-indications. Un bon traitement palliatif consistera dans le port d'un verre dépoli qui supprimera les inconvénients de la double image. La guérison surviendra le plus souvent spontanément, mais un traitement avec la strychnine ou l'urotropine ou avec une préparation antisyphilitique sera un adjuvant utile.

Milhaud et Lochon (Lyon). ***Le chimisme gastrique : techniques; valeur séméiologique*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome IX, n° 207, 20 Août 1928). — Les tendances récentes qui s'efforcent de rendre au chimisme gastrique une place importante dans le diagnostic des affections de l'estomac sont pleinement justifiées.

En ce qui concerne le *contenu gastrique à jeun* : un volume de liquide acide supérieur à 100 cmc est symptomatique d'un ulcère, le plus souvent pylorique ou juxta-pylorique; mais un volume moins abondant n'est pas sans signification séméiologique et a d'autant plus de valeur pour le diagnostic d'ulcère que le taux de son acidité est plus élevé; l'absence de liquide à jeun ne permet aucune conclusion : elle s'observe 25 fois sur 100 chez les ulcéreux, elle est fréquente à l'état normal.

Pour déclencher la sécrétion gastrique, les méthodes récemment préconisées permettant l'emploi de sondes de petit calibre et la technique des prélèvements successifs donnent des résultats plus précis et plus complets que les anciens procédés. L'*histamine* est l'excitant le plus puissant de la sécrétion gastrique; l'hyperchlorhydrie peut être admise seulement pour un taux supérieur à 2,50 pour 1.000 d'HCl. Avec le *repas peptoné salicylé*, l'hyperchlorhydrie débute comme après le *repas Boas-Ewald* à 2 pour 1.000 et *après l'épreuve* de la caféine à 1,40 pour 1 000. L'hyperchlorhydrie est habituelle dans l'*ulcère gastrique ou duodénal*, mais s'observe également dans les pyloro-duodénites et certaines gastrites éthyliques.

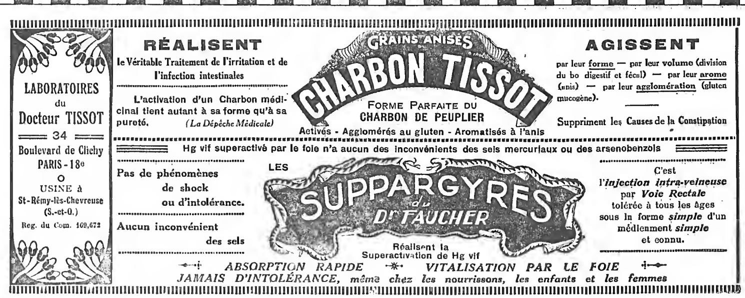
L'anachlorhydrie est la règle dans le *cancer de l'estomac*, elle s'observe dans 100 pour 100 des cas, quel que soit le procédé employé. Elle se rencontre aussi chez les *anémiques*, dans les cas de *vomissements névropathiques* chez *certains tuberculeux*,

L'hypochlorhydrie est fréquente dans la *lithiase biliaire*.

L. Bérard et A. Cade (Lyon). ***Sur un point intéressant de la séméiologie du pseudo-kyste du pancréas : les grosses variations de volume de la tumeur*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*), tome IX, n° 207, 20 Août 1928). — On sait qu'il existe deux grandes modalités de tumeurs liquides du pancréas : les kystes proprement dits, qui se produisent au cours du développement d'un adénome ou d'un adéno-épithéliome et les pseudo-kystes liés à la rupture de certains des canaux d'excrétion de la glande, cette rupture pouvant être le fait d'un traumatisme (contusion) ou encore d'un processus d'auto-digestion comme en réalise la pancréatite hémorragique avec cyto-stéatonécrose.

Dans la séméiologie de ces pseudo-kystes du pancréas, il est un point sur lequel B. et C. attirent l'attention, à la suite d'un cas récemment observé par eux : ce sont les *grosses variations de volume* de la tumeur, notées par le malade lui-même ou constatées par le médecin au cours d'examens successifs. Jusqu'ici n'avaient été signalées, dans ces


Docteur
Sur le point de prescrire la Valériane êtes-vous parfois retenu par la crainte de donner à votre malade un médicament malodorant !
Ordonnez alors le
Valérianate Gabail
désodorisé
ou
Élixir Gabail
valéro-bromuré
aussi efficaces dans leur action qu'agréables à prendre.
LABORATOIRES S. GABAIL 5, Rue Lefebvre PARIS (XVe).


LABORATOIRES du Docteur TISSOT
34
Boulevard de Clichy
PARIS - 18e
USINE à St-Rémy-lès-Chevreuse (S.-et-O.)
Reg. du Com. 169,672
RÉALISENT
le Véritable Traitement de l'irritation et de l'infection intestinales
L'activation d'un Charbon médicinal tient autant à sa forme qu'à sa pureté. (La Dépêche Médicale)
GRAINS ANISÉS
CHARBON TISSOT
FORME PARFAITE DU CHARBON DE PEUPLIER
Activés - Agglomérés au gluten - Aromatisés à l'anis
AGISSENT
par leur forme — par leur volume (division du bol digestif et fécal) — par leur arome (anis) — par leur agglomération (gluten mucogène).
Suppriment les Causes de la Constipation
Hg vif superactivé par le foie n'a aucun des inconvénients des sels mercuriaux ou des arsenobenzols
Pas de phénomènes de shock ou d'intolérance.
Aucun inconvénient des sels
LES
SUPPARGYRES du Dr FAUCHER
Réalisent la Superactivation de Hg vif
C'est l'injection intra-veineuse par Voie Rectale tolérée à tous les âges sous la forme simple d'un médicament simple et connu.
ABSORPTION RAPIDE — VITALISATION PAR LE FOIE
JAMAIS D'INTOLÉRANCE, même chez les nourrissons, les enfants et les femmes

cas, que des modifications de volume beaucoup plus discrètes que les auteurs attribuaient à des facteurs d'ordre banal, tels que la distension gazeuse plus ou moins accusée de segments digestifs voisins. B. et C. pensent qu'au contraire les grosses modifications de volume, telles qu'ils les ont rencontrées dans leur cas, ne peuvent être attribuées qu'à l'évacuation d'une partie du contenu kystique par les canaux excréteurs de la glande. Semblable symptôme paraît être exceptionnel, mais mérite d'être connu.

J. Dumont.

REVUE TUNISIENNE DES SCIENCES MÉDICALES (Tunis)

Brun et Duplenne (Tunis). *Quelques réflexions sur la rachianesthésie d'après 6.147 observations* (*Revue tunisienne des Sciences médicales*, tome XXII, n° 9, Novembre 1928). — B. et D. ont pratiqué, à l'hôpital Sadiki (de Tunis), de 1919 à 1928, 6.147 rachianesthésies.

Toutes ont été faites, déclarent-ils, « le plus simplement du monde », sans tenir compte de toutes les considérations d'instrumentation, de technique « auxquelles on a ajouté beaucoup trop d'importance dans un grand nombre de communications récentes ». Que l'aiguille soit plus ou moins longue, son biseau plus ou moins court, que l'on retire beaucoup ou peu de liquide, que l'on fasse ou non un barbotage, que la solution soit préparée d'avance ou extemporanément, que l'on y ajoute ou non de la caféine, tout cela leur paraît d'intérêt secondaire: *le point important c'est de ne faire que des R. A. basses.* Sur 6 essais de R. A. hautes, remontant jusqu'à la base du thorax, B. et D. ont eu, pour 3 anesthésies bonnes, 1 mort et 2 anesthésies imparfaites. Ils avouent, d'ailleurs, n'avoir jamais posé d'indications ou de contre-indications spéciales à ce mode d'anesthésie: ils l'ont employé chez tous les sujets qui l'ont réclamé ou qui l'ont accepté, quels que fussent leur âge, leur état, leur tension, etc.

Quant à la technique, ils ont fait la ponction lombaire au lieu d'élection, en position assise, retirant une quantité de liquide sensiblement égale à celle injectée. La solution employée était: vérocaïne française 0 gr. 5, adrénaline III gouttes, sérum physiologique 3 cmc, eugénol 9 gr. 5. On injecte, suivant l'importance, le siège et la durée de l'intervention, 1, 2 ou 3 cmc, cette dernière dose suffisant pour n'importe quelle intervention sur la moitié inférieure du corps. Jamais B. et D. n'ont cru devoir ajouter un toni-cardiaque à la solution anesthésiante ou faire une piqûre de caféine avant l'injection.

Voici maintenant les résultats obtenus dans ces 6 000 R. A.:

212 anesthésies ratées, ayant obligé à recourir à l'anesthésie générale;

106 anesthésies incomplètes, l'intervention ayant pu néanmoins être poursuivie et menée à bien, malgré que les patients souffrissent un peu;

111 cas avec nausées et vomissements ayant d'ailleurs cédé spontanément;

8 cas avec vertige;

1 cas avec crise épileptiforme;

15 cas de syncope ayant nécessité la respiration artificielle;

Enfin *3 morts*.

Comme *incidents post-anesthésiques*, on relève: 94 cas de *céphalées* au 2e ou 3e jour, ordinairement fugaces et 10 fois seulement tenaces; et 110 cas de *rétention d'urine* n'ayant pas duré au delà de 3 à 4 jours; jamais de parésie, de paraplégie ou de paralysie oculaire.

En ce qui concerne particulièrement les cas de syncope et de mort dans la R. A., B. et D. croient devoir les mettre en regard de ceux qu'ils ont relevés à la suite des autres modes d'anesthésie générale employés par eux. On obtient ainsi le tableau suivant :

6.147 rachianesthésies : 15 syncopes, 3 morts :
2.400 chloroforme : 37 syncopes, 1 mort;
3.700 éther : 7 morts;
6.070 kelène : 2 morts;
1.821 anesthésies mixtes (kelène et éther) : 2 syncopes sans décès,

On ne peut que s'étonner, avec B. et D., en lisant cette statistique, de la mortalité relativement énorme (7 morts sur 3.700 cas) que ces auteurs ont observée à la suite de leurs éthérisations, tout au moins s'il s'agit, comme on a le droit de le supposer, de morts survenues au cours même de l'anesthésie. Dans une pratique de plus de 30 ans, comportant plus de 15.000 éthérisations, je n'ai eu personnellement à déplorer *aucune mort opératoire* survenue du fait de l'anesthésique, que ce dernier eût d'ailleurs été administré avec l'ancien masque de Julliard ou avec l'appareil actuel d'Ombrédanne. Par contre, je suis moins étonné que B. et D. que l'« inoffensif » kelène ait causé 2 morts sur 6.070 cas.

J. Dumont.

ARCHIVES FRANCO-BELGES DE CHIRURGIE (Bruxelles)

J. Cahen (Bruxelles) *Statistique de rachianesthésies* (*Archives franco-belges de Chirurgie*, t. XXX n° 9, Septembre 1927). — L'auteur a fait le relevé de toutes les anesthésies exécutées dans le service du professeur J. Verhoogen de 1914 à 1925. Elles sont au nombre de 1503 pour 8546 opérations ; mais leur répartition est fort inégale suivant les années : c'est ainsi qu'en 1917 il y a eu 363 rachi sur 880 anesthésies (43 pour 100), tandis qu'en 1925 il n'y a eu que 20 rachi pour un nombre à peu près équivalent d'opérations (moins de 2 1/2 pour 100). Cette diminution dans les indications de la rachi est la conséquence des accidents auxquels elle a donné lieu dans le service et que nous allons exposer.

Disons d'abord que jamais on n'a couru le risque d'une anesthésie haute et généralisée, à la manière de Jonnesco. On a toujours fait des rachi basses, pour des opérations portant sur la région sous-ombilicale du corps ; exceptionnellement elle a servi pour l'étage sus-ombilical (12 estomacs, 1 voie biliaire, 11 reins). L'anesthésique employé a été la novocaïne Merck à 4 pour 100, quelquefois l'allocaïne Lumière à 5 pour 100, en solution préparée extemporanément tiédie et injectée avec grande lenteur après soustraction d'une quantité égale de liquide céphalo-rachidien. Les quantités introduites ont été de 6 à 12 centigr. Le mélange novocaïne-caféine représentant une nouvelle inconnue, on a préféré ne pas en faire l'essai. Le barbotage s'est fait dans certains cas, dans d'autres pas. Le patient, placé soit en décubitus latéral, soit assis au moment de la ponction, a toujours été replacé sur le dos avec de nombreux ménagements pour éviter toute secousse.

D'une façon générale, l'anesthésie obtenue a été satisfaisante : on ne relève que *28 insuccès totaux* et *19 insuccès partiels*, soit 47 cas (3,12 p. 100).

Les dossiers accusent 35 fois (2,33 pour 100) des *vomissements* vers la 20e minute, mais C. pense que les observations présentent quelque négligence à cet égard. Il en est de même des *syncopes graves* qu'il n'a pu démontrer avec précision « mais qu'on n'a constatées que trop souvent et qui ont laissé une pénible impression ». On relève : 25 *rachialgies* (1,66 pour 100) ; 1 cas de *parésie des membres inférieurs* qui persistait encore au moment de la sortie de l'hôpital, 3 semaines après; quelques cas d'*escarres sacrées et des talons*. Les *paralysies oculaires* ont été observées dans 26 cas (1,7 pour 100) : elles constituent incontestablement un très grave inconvénient de la rachianesthésie.

Enfin la rachianesthésie a occasionné *8 morts* (5,32 pour 1000) : 4 de ces décès sont survenus par syncope blanche, quelques instants après l'injection (gastro-entérostomie, cure de hernie inguinale, néphrostomie, colpoperinéorraphie). Les 4 autres morts sont survenues plusieurs jours après la rachi, à la suite de ces réactions méningées particulières qu'on a signalées après les ponctions ou injections lombaires et dont la pathogénie reste encore fort obscure.

On conçoit que ces accidents aient fortement refroidi les chirurgiens du service de Verhoogen vis-à-vis de la rachi et que celle-ci ne soit plus employée dans le service que très exceptionnellement « quand vraiment on ne peut faire autrement ».

J. Dumont.

Brun (Tunis). *Quelques réflexions sur la rachianesthésie, d'après 6.147 observations* (*Archives franco-belges de Chirurgie*, tome XXX, n° 9, Septembre 1927). — Voir plus haut, col. 1, l'analyse du même travail paru dans la *Revue tunisienne des Sciences médicales*].

J. Moreau (Bruxelles). *Les accidents graves de la rachianesthésie* (*Archives franco-belges de Chirurgie*, tome XXX, n° 9, Septembre 1927, p. 796-805). — L'auteur a eu recours à la rachianesthésie dans un millier de cas, en employant la technique suivante: ponction médiane, avec l'aiguille de Quincke, dans le 1er, 2e ou 3e espace interépineux (suivant le niveau désiré pour l'anesthésie), évacuation de 10, 15 ou même 20 cmc de liquide céphalo-rachidien, d'après la pression, injection lente de 10 à 12 centigr. de novocaïne, sans addition d'adrénaline (une cinquantaine de rachi ont été faites avec addition de 50 centigr. de caféine à la novocaïne : mais M. n'a noté ni avantage ni désavantage de cette pratique), barbotage à 2 ou 3 reprises sans brusquerie.

Ces rachi ont donné une anesthésie régulièrement bonne (les « ratés » ont été très rares) avec une faible proportion d'incidents durant l'anesthésie (pâleur et vomissement à la 20e minute), très peu de maux de tête consécutifs, un nombre de céphalalgies violentes et tenaces très réduit (1 à 2 pour 100).

La méthode, dit M., paraîtrait donc excellente en tous points, n'étaient 4 accidents graves, dont il donne une observation détaillée, savoir: 1 *paralysie de l'oculo-moteur externe* ayant duré 3 mois; 1 *syndrome de la queue de cheval* avec rétention d'urine ayant nécessité le sondage régulier pendant un an; 2 *décès*, survenus l'un après 32 heures (extirpation d'un cancer du rectum) l'autre après 5 jours (appendicectomie à froid), avec des symptômes de réaction méningée de pathogénie obscure. Cependant, chez le premier de ces malades, on trouve peut-être une explication plausible des accidents dans la position ventrale qui fut employée : recommandée par Depage pour faciliter les manœuvres d'extirpation du rectum, elle comporte l'élévation du bassin par une pile de coussins et, par conséquent, la position déclive de la tête et l'ascension de la novocaïne vers les régions dangereuses du bulbe et des ventricules. Une prudence analogue s'impose vis-à-vis de la position de Trendelenburg : celle-ci est peut-être responsable de la paralysie de l'oculo-moteur externe signalée au début. Mais le 2e décédé, qui présenta des symptômes méningés très semblables, quoique d'évolution plus lente que le 1er, ne fut, à aucun moment de l'opération, placé en déclivité. Faut-il admettre dans ces cas, avec M., qu'il s'agit peut-être d'un syphilitique dont l'infection méningée latente s'est réveillée brusquement sous l'effet de la rachi ? Un Bordet-Gengou préopératoire s'imposerait donc systématiquement avant toute rachianesthésie.

Quoi qu'il en soit de la fréquence et de la gravité des accidents de ce mode d'anesthésie, M. conclut qu'il ne se résignera pas à l'abandonner en raison de ses avantages, ses risques n'étant d'ailleurs pas supérieurs à ceux des anesthésies générales par le chloroforme ou l'éther.

J. Dumont.

BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE (Bruxelles)

Jean La Barre. *A propos de la pathogénie du diabète* (*Bulletin de l'Académie royale de Médecine*, tome VIII, n° 9, 27 Octobre 1928). — En dehors des diabètes d'origine pancréatique, il existe des hyperglycémies par altération du fonctionnement d'autres endocrines (les capsules surrénales, l'hypophyse, le thyroïde), par troubles hépatiques, par modification

de la perméabilité cellulaire, par lésions traumatiques ou mécaniques des centres nerveux supérieurs ou bulbaires. Il peut exister des manifestations diabétiques dues à des changements dans la régulation nerveuse du pancréas.

La faradisation du pneumogastrique produit une hyperinsulinémie. La fonction insulino-sécrétoire peut varier sous l'influence d'excitations centrales dont les vagues servent de voie de conduction.

L'hyperglycémie diabétique peut provoquer une exagération de la sécrétion insulinienne d'origine purement nerveuse. Il existerait une *glycosensibilité des centres nerveux* et L. se demande si le traitement prolongé du diabète par l'insuline n'entraîne pas, en diminuant la glycémie, une diminution de la fonction endocrine du pancréas et des mécanismes de défense que l'organisme tend naturellement à mettre en œuvre pour combattre l'hyperglycémie.

L'administration de l'insuline n'est indiquée que dans les cas de diabète grave avec diminution azotée et acidose; dans les autres cas, elle n'est nécessaire que dans des circonstances spéciales. On n'a aucune preuve que l'insuline provoque une régénération des îlots de Langerhans. ROBERT CLÉMENT.

MEDIZINISCHE KLINIK

(*Berlin*)

F. Œhlecker. ***La transfusion du sang est-elle tout à fait inoffensive, quand la détermination du groupe sanguin a été préalablement faite?*** (*Medizinische Klinik*, t. XXIV, n° 37, 14 Septembre 1928). — O. avait fait de nombreuses transfusions sanguines avant que l'on connût les groupes sanguins, ou du moins avant qu'on sût les déterminer rapidement et simplement au lit du malade. Il avait, à ce moment, adopté une technique de la transfusion qui représentait une véritable épreuve biologique. Il injectait d'abord lentement, en surveillant son malade, 10 à 20 cmc. de sang. Si, au bout de deux minutes, le malade ne présentait aucun accident de shock, il injectait encore 50 cmc.; enfin, après deux autres minutes, le reste de la transfusion. Dans ces conditions, il a fait 100 transfusions sans un seul accident sérieux, bien qu'il eût eu affaire, dans une cinquantaine de ces interventions, à des sangs incompatibles.

Actuellement, les épreuves d'agglutination telles que le procédé de Mosso constituent un progrès considérable, et elles ont fait abandonner l'« épreuve biologique » de Œhlecker par la plupart des médecins. Cependant O. reste fidèle à sa technique, qui est facile à mettre en œuvre, qui ne prolonge pas beaucoup l'intervention, et qui fournit une garantie supplémentaire: il cite deux cas dans lesquels la détermination du groupe sanguin, parfois difficile, d'ailleurs (pseudo agglutinations, altération des sérums témoins du commerce), avait été mal interprétée ou mal transmise, et dans lesquels seule l'épreuve biologique prévint des accidents qui auraient pu être graves. D'autres auteurs, qui ont négligé cette épreuve, ont été moins heureux.

C'est, en effet, l'hémolyse provoquée par le mélange de deux sangs incompatibles, qui est toujours l'origine des accidents graves de la transfusion, et les symptômes s'en manifestent dans les deux premières minutes de la transfusion. Presque toujours, les cas de mort par transfusion qui ont été publiés peuvent être attribués à la négligence des auteurs, qui n'ont pas pris garde aux symptômes d'avertissement qui ont marqué le début de l'injection. Tout symptôme survenant à ce moment doit faire interrompre définitivement la transfusion s'il est sérieux, et commande, s'il est bénin, la plus grande circonspection.

Quant aux accidents plus tardifs, des heures ou des jours suivants, ils n'affectent jamais une gravité comparable et ne sont jamais le fait de l'hémolyse. Cette dernière ne peut se reconnaître que par deux procédés: la présence d'hémoglobine dans l'urine (mais il faut, pour que ce signe apparaisse, une transfusion de 50 à 80 cmc de sang au moins), ou la présence d'hémoglobine décelable au spectroscope dans le sérum. Mais cette dernière recherche doit être faite rapidement, car l'hémoglobine atteint son maximum en une minute, et a déjà baissé de moitié en trois à cinq minutes.

Au début de son article, O. envisage les dangers de transmission de maladies infectieuses: minimes pour la tuberculose, plus sérieux, mais relativement faciles à éviter pour la syphilis, ces dangers peuvent donner lieu à des questions médico-légales, dont l'auteur rapporte de curieux exemples. La transmission de la malaria est relativement fréquente, même de la part de sujets qui n'ont pas eu d'accès depuis des années, comme dans un exemple que relate O. Aussi doit-on poser, en principe, de ne jamais accepter comme donneur un sujet qui a séjourné aux colonies. J. MOUZON.

Schottmüller. *La nature des endocardites* (*Medizinische Klinik*, t. XXIV, n° 37, 14 Septembre 1928). — S. fait la critique d'un article récent de Dietrich sur la pathologie générale des endocardites, et il se trouve amené à mettre au point certaines de ses opinions personnelles sur ce sujet. C'est ainsi qu'il hésite à admettre l'individualité d'un type particulier d'endocardite lente provoqué par un germe autre que le streptocoque viridans: un staphylocoque, par exemple (dans ses observations et dans celles de Kämmerer). Il n'accepte pas l'idée qu'il y aurait des formes de passage entre les divers types d'endocardites. Il soutient, contre Dietrich, que les microbes en circulation dans le sang peuvent se fixer d'emblée sur une valvule saine; il n'est pas nécessaire que cette valvule ait été lésée préalablement par un processus d'infection chronique. A l'appui de cette opinion, il cite les 15 observations, qu'il a suivies personnellement, d'endocardites consécutives à des avortements. La mort est survenue, dans tous ces cas, entre le 4e et le 18e jour; dans 6 cas même, entre le 4e et le 6e jour. Il semble évident à S. que, dans ces observations, chez des femmes jeunes et jusqu'alors bien portantes, aucune infection chronique n'avait pu préparer les valvules à la fixation des germes. Sans doute, une lésion valvulaire crée une prédisposition à l'infection endocarditique, mais rien ne permet d'affirmer que l'endocardite rhumatismale, qui est la cause la plus fréquente des lésions valvulaires chroniques, soit d'origine bactérienne. Ce qui doit plutôt intervenir dans la localisation endocardique de l'infection, c'est l'abondance de la septicémie, et surtout la nature du microbe: certains germes, comme le staphylocoque doré — et à un moindre degré le streptocoque pyogène hémolytique — se nichent volontiers dans l'endocarde. D'autres, comme le streptococcus putrificus, ne se fixent qu'exceptionnellement sur les valvules, quelle que soit leur abondance dans le sang.

Dietrich explique la malignité de l'endocardite lente par le défaut de résistance de l'organisme, par sa sensibilisation excessive à l'égard de ce germe. S. croit plutôt que cette malignité tient à l'affinité du streptococcus viridans pour l'endocarde, sur lequel il pullule, et d'où il bombarde d'embolies successives l'organisme tout entier.

Enfin Dietrich considère la maladie d'Osler avant tout comme une infection générale septicémique, dont la lésion endocardique n'est qu'une localisation. Pour S., au contraire, la fixation du germe sur l'endocarde est la cause unique de la dissémination des germes, et constitue vraiment la lésion primordiale de l'affection. J. MOUZON.

L. Hess et J. Faltitschek. ***Les troubles des fonctions gastriques dans la sclérose en plaques*** (*Medizinische Klinik*, tome XXIV, n° 40, 5 Octobre 1928). — L'opinion classique est que « le système sympathique viscéral paraît peu touché dans la sclérose en plaques ». Cependant on connaît les troubles vésicaux, rectaux et génitaux de cette affection, et divers auteurs ont signalé, à titre plus ou moins exceptionnel, des symptômes gastro-intestinaux: crises gastriques analogues aux crises tabétiques (Pierre Marie), vomissements de type cérébral (Marburg), vomissements incoercibles survenant à la phase initiale de la maladie (F. H. Lewy), vomissements accompagnés de troubles respiratoires (Rönne et Wimmer), crises douloureuses passagères (Le Noir et Agasse-Lafont).

Le fait signalé par H. et F. est d'un ordre tout différent: il s'agit d'un syndrome observé d'une façon à peu près constante chez tous les malades atteints de sclérose en plaques, que les auteurs ont étudiés à cet égard, mais qui ne se traduit par aucune manifestation clinique: seul l'examen radiologique et l'examen chimique le mettaient en évidence. Il y a accélération de l'évacuation gastrique, avec hyperpéristaltisme et quelquefois hypertonie apparente de l'estomac; en outre, il y a hyperacidité et hyperchlorhydrie, qu'il s'agisse d'une hyperchlorhydrie primitive, par hypersécrétion, ou d'une hyperchlorhydrie secondaire, liée à l'évacuation plus rapide du contenu gastrique et à la moindre dilution du suc gastrique. C'est l'accélération de l'évacuation gastrique, qui constitue le fait le plus apparent: elle se fait en 20 à 75 minutes, avec une moyenne de 35 minutes, chez les 23 malades dont H. et F. rapportent les observations assez détaillées. Dans ces 23 cas, le diagnostic de sclérose en plaques paraît bien établi, et il n'existe aucun signe d'une affection gastrique ou duodénale.

L'évacuation anticipée de l'estomac, constatée dans la sclérose en plaques, doit être distinguée soigneusement de celle qui s'observe dans certaines achylies gastriques, en particulier dans certains cancers avec incontinence pylorique, et de celle qu'il est classique de décrire dans certains ulcères duodénaux. Elle se rapproche de certains troubles de motilité gastrique, qui s'observent en cas de lésions nerveuses organiques de la moelle dorsale ou des nerfs splanchniques: insuffisance pylorique dans le mal de Pott (Ebstein), « ectasie gastrique », ou gastro-duodénale dans des paraplégies pottiques (Kausch), troubles de motilité gastrique liés à la compression du splanchnique par des ganglions tuberculeux (W. Neumann) ou à l'envahissement des vagues par des ganglions cancéreux ou tuberculeux (W. Neumann).

Ils sont à rapprocher de la constipation, qui s'observe parfois comme symptôme initial de la sclérose en plaques. Ils feraient partie d'un syndrome d'hypertonie parasympathique, probablement en rapport avec la localisation bulbaire d'une plaque de sclérose. J. MOUZON.

H. Taterka et L. Hirsch. *Le traitement de la maladie du sérum* (*Medizinische Klinik*, tome XXIV, n° 42, 19 Octobre 1928). — La maladie du sérum devient de plus en plus fréquente en Allemagne. Or la médication calcique des classiques reste inefficace; l'atropine n'est pas d'un usage pratique; l'adrénaline en injection est active, mais son effet s'épuise vite, si bien qu'il faut renouveler fréquemment l'injection.

F. et H. préconisent l'éphédrine ou l'éphétonine, soit à titre préventif, soit à titre curatif: 5 centigr. par dose chez l'adulte ou le grand enfant, 25 milligr. dans la première enfance. La première dose est administrée en injection sous-cutanée; les suivantes, en tablettes par la bouche.

L'usage préventif de l'éphédrine paraît diminuer la fréquence et l'intensité des accidents. Il paraît indiqué dès que surviennent des signes prodromiques (céphalées, fatigue générale, légère élévation thermique dans les 2 jours qui précèdent l'exanthème). Il n'échoue que dans un très petit nombre de cas, qui, d'ailleurs, se montrent également réfractaires à l'adrénaline.

Employée comme traitement de l'exanthème sérique, l'éphédrine semble en abréger l'évolution, et surtout en atténuer le prurit. L'effet de l'injection sous-cutanée est un peu plus tardif que celui de l'adrénaline, et se manifeste en 10 à 30 minutes; par la voie buccale, il n'est apparent qu'au bout d'un délai qui varie d'une demi-heure à deux heures. T. et H. conseillent de commencer par une injection sous-cutanée, puis de continuer par les tablettes. L'intervalle entre les injections doit être de 4 heures; entre deux doses buccales, de 2 heures. J. MOUZON.

L. Detre et A. Mirgay *La polyglobulie de l'altitude, conséquence de l'acidose de l'altitude* (*Medizinische Klinik*, tome XXIV, n° 42, 19 Octobre 1928). — La polyglobulie de l'altitude est un fait bien

connu. On l'interprète comme une réaction de la moelle osseuse à l'égard de l'appauvrissement de l'air en oxygène : l'organisme cherche à suppléer, par l'augmentation des globules vecteurs d'oxygène, à la diminution de pression de ce gaz nécessaire à la vie. D'ailleurs le même fait se produit dans les chambres pneumatiques.

Cependant le mécanisme de cette réaction médullaire reste mal élucidé.

Or Fritz a démontré récemment que la diminution de la tension de l'oxygène dans le sang détermine une acidose, qui est liée à une exagération des désintégrations protéiques. D'autre part, D. a constaté que l'acidose excite la moelle osseuse en stimulant l'érythropoïèse. On peut donc supposer que la polyglobulie des altitudes est la conséquence de l'acidose.

Pour vérifier cette hypothèse, D. et M. ont déterminé, chez divers sujets, des réactions polyglobuliques par application du masque d'aspiration de Kuhn : la polyglobulie ainsi produite, d'ailleurs inconstante, varie de 6 à 31 pour 100 après une application de 2 heures. Si l'épreuve est renouvelée le lendemain, la réaction polyglobulique se produit encore. Mais si, après la première expérience, le sujet est soumis à une alcalinisation intensive, par ingestion de 30 gr. de bicarbonate de soude en l'espace de 30 heures, une nouvelle application du masque de Kuhn ne détermine plus aucune polyglobulie ; elle est au contraire suivie, dans certains cas, d'une diminution du nombre des globules, qui peut atteindre 13 pour 100.

Le masque de Kuhn donne aussi de la leucocytose polynucléaire, mais paraît sans influence sur la valeur globulaire. J. Mouzon.

E. Löwenstein. *Le tableau morbide de la tuberculose aviaire chez l'homme* (*Medizinische Klinik* tome XXIV, nº 46, 16 Novembre 1928). — La tuberculose aviaire est loin d'être exceptionnelle chez les mammifères : on en a observé de graves épidémies chez les porcs (Bang et Christiansen ; Haupt) ; on l'a constatée chez les vaches (Bang et Plum), chez les rats et chez les souris (M. Koch et L. Rabinowitsch). Chez l'homme, L. l'a signalée dès 1913, et il lui a consacré, depuis lors, de nombreux travaux, dont il donne ici le résumé.

L'origine de la contagion doit être cherchée dans les poulaillers, et se trouve dans les œufs ou dans les excréments des poules. Un œuf cuit dur ne contient plus jamais de bacille ; cuit à la coque, il peut encore être dangereux. En tout cas, la contamination se fait toujours par voie digestive.

Pour désinfecter un poulailler infesté, il est indispensable de sacrifier toutes les poules, et d'attendre 3 ans avant d'en élever de nouvelles au même endroit.

Les caractères bactériologiques propres du bacille aviaire sont la rapidité de sa croissance, certaines anomalies de cultures en milieux artificiels, la production d'alcalinité en bouillon glycériné, enfin la variabilité de la virulence, selon les races, à l'égard des animaux de laboratoire : chez le cobaye, certains échantillons sont d'abord faiblement pathogènes, puis cessent de l'être après quelques passages.

Les lésions anatomo-pathologiques sont si peu apparentes, à première vue, que le diagnostic reste presque toujours méconnu à l'autopsie, et ne devient évident qu'à l'examen histologique. Elles consistent en multiples foyers de nécrose, de teinte gris jaunâtre, dont les dimensions varient d'un grain de mil à un haricot.

Cliniquement la maladie évolue en 2 phases. La première période est marquée par une fièvre continue ou rémittente, à grands oscillations diurnes, qui dure des mois, 1 an et plus, et qui s'accompagne souvent de splénomégalie.

La 2e période est caractérisée par des métastases, qui affectent 3 localisations principales : 1º localisation médullaire, qui est très fréquente chez l'animal (Chrétien, Germain et Raymond, Robert Koch) et qui, chez l'homme, peut s'accompagner d'érythrémie (Lederer, Rennen-Liebermeister) ou de leucémie myéloïde (Nothnagel et Krasso, Wenckebach), se distinguant, en pareil cas, par l'inefficacité totale de la radiothérapie (Elias et Hitzenberger) ; 2º localisation rénale, qui s'accompagne de peu de signes urinaires, mais qui se reconnaît par la présence, dans les urines, de rares globules de pus et de nombreux bacilles tuberculeux, les uns intracellulaires, les autres agglomérés en énormes amas, et faciles à identifier par l'inoculation chez l'animal et par les procédés à l'acide sulfurique de Lœwenstein et Sumyoshi ; 3º localisation cutanée, qui se manifeste par des abcès sous-cutanés multiples (Lipschütz) ou par des ulcérations des muqueuses (Kerl ; Volk).

Les malades ne réagissent pas à la tuberculine humaine ; ils réagissent, au contraire, fortement à la tuberculine aviaire diluée à 1 pour 50.000, alors que cette dernière reste inefficace chez les tuberculeux ordinaires.

L. a utilisé avec succès, dans plusieurs observations, la tuberculino-thérapie spécifique avec une tuberculine extraite de la souche bactérienne du malade lui-même. Il a vu cesser la température et rétrocéder les phénomènes infectieux.

J. Mouzon.

C. H. Adolph et R. Hopmann. *L'augmentation de la fréquence des thromboses et des embolies, et leurs relations avec la thérapeutique intraveineuse* (*Medizinische Klinik*, tome XXIV, nº 46, 16 Novembre 1928). — De nombreux auteurs ont signalé la fréquence croissante des thromboses et des embolies d'origine obstétricale et post-opératoire, depuis quelques années, et plusieurs auteurs ont incriminé à cet égard l'usage de plus en plus répandu des thérapeutiques intraveineuses.

Après avoir rappelé les discussions auxquelles cette question a donné lieu, et les statistiques chirurgicales ou obstétricales sur lesquelles elles s'appuient, A. et H. rapportent la statistique de la clinique médicale de Cologne, qui porte sur 18.977 observations, et qui s'étend de 1912 à 1927. En ne tenant compte que des cas soumis à la vérification anatomique, on constate que le pourcentage des thromboses a doublé de 1920 à 1927, et celui des embolies a triplé ou quintuplé. Les cas les plus fréquents s'observent entre 50 et 70 ans, sans prédilection pour l'un ou l'autre sexe. La cause la plus fréquente doit en être cherchée dans les affections cardiaques ou vasculaires.

L'usage des injections intraveineuses a augmenté de fréquence dans la même proportion et à peu près suivant le même rythme que les thromboses ou les embolies, mais il n'y a certainement aucun lien étiologique entre les unes et les autres. Car, sur 131 cas de thromboses, il n'y avait que 16 malades qui avaient déjà reçu des injections intraveineuses, et sur 36 cas d'embolies, il n'y en avait que 4 qui fussent dans ce cas. Le nombre absolu et même la proportion relative des malades, qui n'avaient pas reçu d'injection intraveineuse, l'emportaient donc de beaucoup. Sauf dans certains cas d'injections intraveineuses particulièrement irritantes, on ne saurait donc incriminer cette thérapeutique.

Il faut chercher ailleurs la raison de la fréquence des thromboses. A. et H. se demandent, avec Obernsdorfer, si les progrès de la thérapeutique cardiotonique ne permettent pas à certains malades, qui mouraient autrefois d'insuffisance cardiaque, de survivre jusqu'à un stade morbide où les thromboses vasculaires et les embolies les emportent.

J. Mouzon.

BRATISLAVSKÉ LEKARSKE LISTY

(Bratislava)

F. Koza. *Empoisonnement par l'oxyde de carbone; emploi nouveau de l'irradiation dans sa thérapeutique* (*Bratislavské Lekarske Listy*, t. IX, nº 1, Janvier 1929). — K. a réussi à introduire dans la thérapeutique des empoisonnements aigus par l'oxyde de carbone un nouveau mode de traitement : l'irradiation intense de toute la surface du corps. C'est la partie ultra-violette du spectre qui agirait le plus sur la dissociation de la CO-hémoglobine.

In vitro, la CO-hémoglobine, répandue sur une boîte de Pétri et soumise aux rayons ultra-violets à la distance de 50 cm. pendant 5 minutes, perd la plus grande quantité de CO, soit 1/5e de sa teneur totale, quelle qu'ait été la saturation initiale.

Pour les essais *in vivo* d'irradiation par les rayons ultra-violets, K. s'est servi de lapins blancs entièrement rasés, introduits par couples sous une même cloche de verre et empoisonnés par le gaz d'éclairage. Parvenus à l'état d'empoisonnement grave, se traduisant par des convulsions et de l'apathie, les 2 lapins étaient retirés et la saturation du sang en oxyde de carbone immédiatement mesurée au moyen du spectroscope de Hartridge. Par exemple : 40 minutes d'irradiation à la distance de 50 cm. suffirent pour que le sang saturé de 64 pour 100 de CO en perdît 52 pour 100, tandis que, chez l'animal témoin (avec saturation égale du sang), placé à proximité de la lampe, mais dans l'obscurité, la perte de CO pendant la même période n'atteignait que 17 pour 100.

La thérapeutique par l'irradiation fut ensuite employée avec succès chez des malades. Le cas de 2 sœurs empoisonnées par l'oxyde de carbone dans un même local est particulièrement instructif. Le tableau clinique, d'égale gravité, était complété par la découverte d'une haute et égale saturation de l'hémoglobine (70 pour 100 et 68 pour 100). L'une des 2 sœurs fut irradiée par les rayons violets sur toute la surface du corps, à une distance de 60 cm. pendant 40 minutes ; la peau était en même temps frictionnée à main sèche. La seconde resta sans irradiation. De l'oxygène fut administré et des injections furent pratiquées dans la même mesure chez l'une et chez l'autre. La première malade, aussitôt après l'irradiation, n'avait plus que 32 pour 100 de CO-hémoglobine, tandis que le sang de la seconde en renfermait encore 54 pour 100 après 1 h. 1/2. La rapidité de l'amélioration de l'état général fut aussi très manifeste : le premier sujet reprit connaissance 9 heures après son entrée à la clinique ; le second, seulement au bout de 21 heures. L'érythème cutané léger, consécutif à l'irradiation, fut entièrement supprimé par des applications locales d'oxyde de magnésium colloïdal (« Polysan »).

Le bon effet de l'irradiation ultra-violette s'explique par son influence dissociante sur la CO-hémoglobine dans les capillaires de la peau. La présence d'oxygène en quantité suffisante est une condition. Outre cette influence directe, il est nécessaire de prendre en considération les changements provoqués dans l'équilibre acidobasique du sang. A l'irradiation succède de l'acidose (hypocapnie du sang) par excitation du centre respiratoire. Au bout de 1 heure, 2 au plus, se produit une déviation de la réaction sanguine vers le côté alcalin, avec hypocapnie concomitante, durant ensuite plusieurs jours (Krœtz). En union avec les précédents, des changements surviennent aussi dans l'économie organique des tissus et, par suite, dans les éléments inorganiques du sang ; ils ne peuvent manquer d'influencer également la libération de CO de l'hémoglobine.

Klein. *Sarcome primitif de la rate* (*Bratislavské Lekarske Listy*, tome IX, nº 1, Janvier 1929). — Les sarcomes primaires de la rate s'observent rarement : d'après Lubarsch, on en trouve dans la littérature environ 12 cas publiés.

K. décrit ici celui d'un malade âgé de 30 ans, chez lequel l'affection évolua en une année. Antécédents négatifs. Symptômes subjectifs : gêne respiratoire. Signes objectifs : rate hypertrophiée, avec frottement perceptible à l'oreille ; signes secondaires : anémie. Le sujet était sans fièvre ou sub-fébrile ; Bordet-Wassermann négatif ; *ante finem*, cachexie profonde.

L'autopsie fit découvrir une rate adhérente, présentant comme dimensions 30×20×13 cm. Au centre, le tissu en était désagrégé et transformé en une masse jaune, pâteuse, sans laquelle l'organe pesait 1 680 gr. Dans les poumons, métastases de la grosseur d'une noix à une pomme ; les ganglions du hile présentaient de l'infiltration néoplasique.

Histologiquement il s'agissait en partie d'un sarcome angioplastique, comme dans les cas de Theile, de Jores, de Risel ; en partie, d'un sarcome à grandes

cellules arrondies. Ces grandes cellules, parmi lesquelles aussi quelques-unes de forme ovale, avaient un protoplasma faiblement basophile, des noyaux ronds, parfois ampullaires. K. les tient pour des éléments spécifiques de la rate, des splénocytes ; elles furent trouvées dans la tumeur et dans les métastases. K. attribue les grandes cellules signalées plus haut à la multiplication sarcomateuse des dits splénocytes.

SRPSKI ARCHIV ZA SELOKUPNO LEKARSTVO
(Belgrade)

D. Antitch. *Ictère syphilitique et syphilo-salvarsanique précoce* (*Srpski Archiv za celokupno lekarstvo*, 30e année, tome IV, Avril 1928). — Sur 121 cas d'ictère catarrhal simple, l'auteur a pu déceler avec certitude (dans ce nombre ne figurent pas les ictères provoqués par obstruction ou compression des canaux biliaires, de même que ceux qui surviennent au cours de cirrhose ou autre maladie) la syphilis chez 36 malades. Cette apparition assez fréquente de l'ictère chez les syphilitiques l'a amené à rechercher les causes de l'ictère. Et il a trouvé qu'un certain nombre de ces malades (au nombre de 22) ont été soignés par de petites doses de néo (0,45), de mercure ou de bismuth. Ces petites doses de médicaments antisyphilitiques n'ont fait, pense A., que réveiller les spirochètes. Ces spirochètes sécrètent des endotoxines que n'arrivent pas à neutraliser les petites doses de médicaments employées, d'où résulte la dégénérescence du parenchyme hépatique et, dans le cas particulier, l'altération de sa fonction biligénique. Par conséquent, pour faire disparaître un tel ictère, il faut non seulement continuer le traitement antisyphilitique, mais même l'intensifier en se servant immédiatement de fortes doses de salvarsan (0,90 pour les hommes et 0,60 à 0,70 pour les femmes). En agissant de cette façon, A. a pu constater que l'ictère disparaissait très vite chez tous ces malades sans qu'il survînt jamais d'accident.

A l'appui de ses affirmations, nous résumerons brièvement l'histoire suivante qui est très instructive à ce point de vue. Un homme, âgé de 22 ans, est transporté à la clinique de A. inconscient, agité (quatre hommes n'arrivent pas à le maintenir) et avec tous les symptômes foudroyants d'une atrophie jaune aiguë du foie. Le sujet est un syphilitique soigné 2 mois et demi auparavant par de petites doses de néosalvarsan et de mercure. Malgré l'injection de glucose (500 centigr.) et d'insuline (2 fois 40 unités), son état reste très grave puis il s'améliore très rapidement après la première injection de salvarsan (0,90 centigr.). Cinq doses pareilles sont suffisantes pour amener la guérison.

Pour A., l'ictère salvarsanique pur n'existe pas. Mais il reconnaît qu'il y a un ictère syphilitique précoce. A l'ictère salvarsanique des autres auteurs, l donne le nom de syphilo-salvarsanique, qui n'est qu'un ictère syphilitique provoqué par de petites doses de salvarsan, lesquelles ne font que réveiller les spirochètes. L'ictère syphilitique précoce, de même que l'ictère syphilo-salvarsanique, n'offrent aucun symptôme clinique spécifique; pour cette raison il est difficile de les différencier de l'ictère catarrhal simple.

D. Yovtchitch.

O. Rougitchitch et Mlle N. Baitcheva. *Sur l'étiologie des abcès multiples de la peau du nourrisson et sur leur traitement par la méthode de Besredka* (*Srpski Archiv za celokupno lekarstvo*, 30e année, tome V, Mai 1928). — Dans ce travail, les auteurs étudient les abcès multiples de la peau, observés à la Maison maternelle de Belgrade. Par la majorité des pédiatres, le terrain dystrophique était considéré comme le facteur étiologique prépondérant de cette affection. Cependant, dernièrement, Marfan, dans une étude sur la sudation et les éruptions sudorales du nourrisson, est arrivé à démontrer la part importante que celle-ci prend dans la production des pyodermites en général. Dans leur travail, R. et B. s'efforcent de déterminer à laquelle de ces deux opinions se rapportent leurs cas personnels.

Les nourrissons malades présentaient un état de nutrition très différent : un petit nombre d'entre eux était dystrophique, tandis que les autres étaient normaux ou tout au plus légèrement hypotrophiques. Par contre, le facteur étiologique incriminé par Marfan a pu être observé toujours. Chez tous, la maladie a été précédée de transpiration profuse, suivie de miliaire rouge, aboutissant aux abcès multiples de la peau. Tous ces enfants, sauf un, avaient été nourris au lait de vache. Le rachitisme n'a pas été recherché aux rayons X, mais il a pu être cliniquement diagnostiqué dans trois cas. Le fait intéressant à noter est que la maladie apparaissait surtout chez les anciens hypothrepsiques, dont la courbe pondérale pendant les derniers mois montrait une ascension très rapide. Un autre fait non moins important est la constatation que tous les nourrissons atteints avaient dépassé le premier trimestre de la vie, ce qui est conforme aux idées de Marfan par rapport à la physiologie des glandes sudorales.

Quant au traitement, à côté des soins généraux, on a eu au début recours à l'évacuation et aux applications antiseptiques locales, mais sans résultat constant. Au contraire, l'autovaccinothérapie *loco dolenti*, selon Besredka, a donné des résultats immédiats et définitifs dans un laps de temps ne dépassant pas une semaine. Cependant, si cette méthode est considérée comme spécifique, quant à son action locale, elle n'a pas pu toujours amener la guérison radicale, les sudations pouvant entretenir les réinfections. Ainsi, dans deux cas où la transpiration a été très abondante, le traitement a duré un mois. Par conséquent, les soins d'hygiène et le traitement général doivent être envisagés au même titre que le traitement local.

D. Yovtchitch.

LA RIFORMA MEDICA
(Naples)

Brugi. *La glycémie dans l'infection méliten-sique* (*La Riforma medica*, tome XLIV, n° 41, 8 Octobre 1928). — La glycémie (sucre libre + sucre combiné) a un taux normal dans la septicémie de Bruce apyrétique. L'épreuve de l'hyperglycémie alimentaire donne également une réponse normale. En phase fébrile, le sucre du sang (sous ses deux formes) présente un taux accru. La courbe d'hyperglycémie provoquée ressemble à celle des hépatiques. L'accroissement de la glycémie et de l'hyperglycémie alimentaire est parallèle à la gravité de la maladie. Dans les phases intermitteutes d'apyrexie ou durant la période apyrétique inaugurale de la maladie (du 1er au 20e jour), on constate une diminution de la glycémie à jeun et du triangle d'hyperglycémie. Ces données sont intéressantes pour apprécier l'état des fonctions glycogénique et glycorégulatrice du foie, ainsi que l'influence de l'infection et de la fièvre sur le métabolisme des hydrates de carbone.

F. Coste.

Arnuzzi. *Pathogénie de la dermatite due à « rhus toxicodendron »* (*La Riforma medica*, tome XLIV, n° 42, 15 Octobre 1928). — Cette réaction cutanée est une manifestation d'hypersensibilité vis-à-vis d'une partie quelconque de la plante (racine, tige, rameaux, feuilles, etc.) soit fraîche, soit desséchée, même depuis longtemps. Les récidives sont dues à des contacts directs ou indirects, en n'importe quelle saison. L'incubation (à partir du contact) est d'une dizaine de jours pour la première atteinte, de 24 à 48 heures pour les récidives. L'éruption a un type d'eczéma papulo-vésiculeux, parfois érysipélatoïde. Les sièges de prédilection sont les mains (dos, espaces interdigitaux), les poignets, les avant-bras, la face, le cou, le scrotum. Il y a souvent de la conjonctivite, de la rhinite. Des phénomènes généraux graves d'intoxication peuvent accompagner les lésions locales. L'histopathologie des lésions n'a rien de caractéristique.

Tous les sujets ne sont pas aptes à contracter cette affection : sur 18 malades atteints d'urticaire, d'eczéma aigu ou chronique ou d'autres affections cutanées, un seul est trouvé sensible à *rhus toxicodendron*. Les animaux de laboratoire sont insensibles. La maladie n'immunise pas.

La cutiréaction avec un antigène tiré de la plante donne une lésion comparable à celle de la maladie spontanée. Cette réaction est spécifique, ne s'obtient qu'avec les produits de cette plante. L'hypersensibilité intéresse tout le tégument et les muqueuses accessibles. La peau réagit à l'extrait alcoolique de *rhus toxicodendron* dilué au 1/100.000. La transmission passive de l'hypersensibilité peut être obtenue par injection de sérum ou de liquide de vésicatoire d'homme à homme, d'homme à animal. Le sérum des sujets sensibilisés ne contient ni anticorps neutralisant la toxine de rhus toxicodendron, ni sensibilisatrice.

La désensibilisation par voie cutanée est impossible. Par voie parentérale et digestive, on l'obtient, mais difficilement et lentement.

L'absence d'anticorps sériques permet d'interpréter la maladie comme une réaction antigène-anticorps *locale* : ces anticorps seraient liés à certaines cellules cutanées, donnant un exemple d'immunité ou de sensibilisation tissulaire. F. Coste.

Lusena. *Splénomégalie avec mycose* (*La Riforma medica*, t. XLIV, n° 48, 26 Novembre 1928). — L. a observé 2 cas de splénomégalie thrombophlébitique, dans lesquels la rate était parsemée de nodules de Gamna. Il a plus particulièrement étudié ces derniers, mettant en évidence leurs aspects caractéristiques, en particulier après déminéralisation. Considérant l'extrême fréquence de l'aspect dit mycosique, les cultures obtenues par les auteurs algériens et français, la réaction de déviation du complément avec un antigène aspergillaire ou un extrait des tissus malades, l'impossibilité de rapporter le syndrome à une altération régressive des tissus, la valeur incertaine des objections adressées à la théorie de la mycose, L. conclut plutôt en faveur de cette dernière. Parmi toutes les hypothèses qu'a soulevées la constitution des nodules de Gamna, celle de leur nature mycélienne lui paraît la mieux fondée. Mais il ne faut pas voir dans le germe pathogène responsable des nodules la cause de toutes les splénomégalies qui en contiennent. Beaucoup de rates pathologiques (en particulier, les rates congestives de stase) peuvent abriter, occasionnellement, des nodules de Gamna et leurs parasites : on n'est autorisé à parler de rate mycosique vraie que lorsque l'organe en est véritablement infarci; c'est le cas, en particulier, pour la *splénomégalie thrombo-phlébitique primitive*. F. Coste.

ARCHIVIO DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA
(Bologne)

Cassano. *Métabolisme intermédiaire des graisses, en particulier chez les hépatiques* (*Archivio di Patologia e Clinica medica*, tome VII, fasc. 5, Novembre 1928). — L'auteur a étudié le métabolisme des graisses dans les maladies de foie. Diverses phases de ce métabolisme ont été trouvées troublées, et la signification des changements dans les taux lipémique et lipoïdémique précisée.

Les graisses neutres sont augmentées, les phosphatides assez diminués. Il n'existe pas, pour le comportement des graisses, de particularité propre à telle ou telle maladie hépatique.

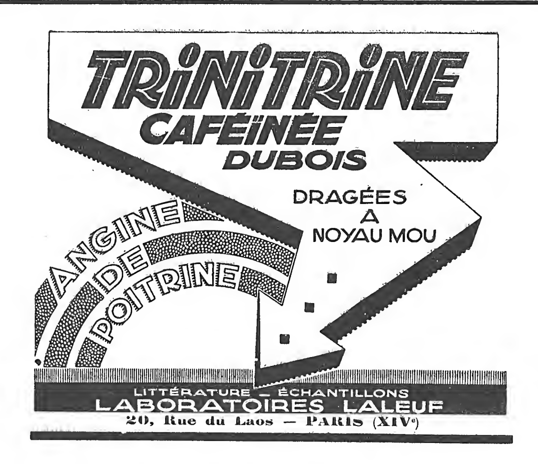
Le taux des acides gras libres et combinés est très augmenté. Les acides qui ne sont pas brûlés et qui se trouvent en excès dans le sang seront en partie seulement neutralisés par la cholestérine. Même la capacité d'éthérifier les acides se révèle affaiblie dans les troubles graves du métabolisme des graisses. Au foie doit être attribuée la fonction de rendre régulier et constant le taux de la cholestérinémie. Ce semi-lipoïde compensera les modifications du taux de lécithine et des acides gras. Le foie atteint ne peut plus discipliner les coefficients lipoïdiques. F. Coste.



LABORATOIRES LICARDY – 38, B^d Bourdon – NEUILLY-PARIS



LABORATOIRES LICARDY – 38, B^d Bourdon – NEUILLY-PARIS



Principales Préparations des Laboratoires Laleuf

Trinitrine Caféinée Dubois. - Pancrépatine Laleuf
Créosal Dubois. - Colloïdine Laleuf
Mycolactine Sauvin. - Iodatoxine Laleuf
Adrépatine (Suppositoires, Pommade).

RÉPERTOIRE DE MÉDECINE PRATIQUE

Un classeur des **Répertoires de Médecine pratique** *est en vente à nos bureaux au prix de : France et étranger,* **9 francs** *(envoi franco).*

(N° 478)

Hystérie

(*Traitement*) **HYSTÉRIE**

Nous entendons par hystérie un état de *suggestibilité pathologique*, caractérisé par ce fait constant que le malade entretient à son insu, sans toutefois les simuler positivement, des troubles divers dont il est cause et victime : troubles surtout *négatifs* (inhibitions fonctionnelles, pseudo-paraplégies, pseudo-aphonies, pseudo-cécité, etc.), quelquefois *positifs* (contracture, toux, tremblement, etc.). Tout hystérique, par définition, peut donc aspirer à une reprise immédiate des fonctions normales, mais l'hystérique « ne sait pas qu'il peut; il sait même qu'il ne peut pas (Cl. Vincent) ». En cela il diffère du simulateur, mythomane (Dupré) ou pathomime (Dieulafoy). Maints autres symptômes mentaux (Janet) ou d'ordre affectif ou éthique, tels que le fou rire, l'érotisme, la jalousie, la délation, se rencontrent fréquemment chez les hystériques (Voivenel), mais comme des complications contingentes (Vinchon, Vincent) plutôt que comme des manifestations essentielles. Nous n'envisageons donc ici que le traitement de la suggestibilité pathologique, considérant toutefois que cet état comporte, pour se manifester par des réalisations impressionnantes, d'abord un certain « terrain », ensuite des localisations objectives d'une énergie nerveuse anormalement « condensée » ou « canalisée », ce qui apparente, en fait, beaucoup d'hystériques à la catégorie des vagotoniques ou autres instables (Laignel-Lavastine, Tinel, R. Bénard).

Traitement psychothérapique.

a) Prophylactique. — Institué, dès l'enfance, chez les hyperémotifs (Claude), poursuivi sous forme de précautions constantes quant au choix du climat, du régime scolaire, des fréquentations, des lectures, le traitement prophylactique de l'hystérie peut se résumer en deux mots : discipliner les émotions. Les prévoir pour les amortir; les commenter pour que la sensibilité ne les rumine pas; les partager pour qu'elles s'extériorisent. Apprendre à rebâtir, sur les ruines qu'elles causent, les refuges qu'elles suggèrent.

Eviter aussi les traumatismes; dépister, s'ils ont eu lieu, les craintes qui en résultent, combattre les chimères, rêveries, idées « détonantes », ruminations, etc.

b) Curatif. — Etablir une *contre-suggestion* (Babinski) sans *hypnose*, mais énergique, aussi sûre d'elle-même que l'autosuggestion pathogène. Agir vite : dès le premier contact avec le malade, lui imposer sa conviction; le soutenir ensuite jusqu'à ce que le malade s'aperçoive que son trouble est caduc. Si l'on ne peut attaquer directement sa conviction morbide, l'attaquer indirectement; attendre, qu'à la faveur de l'émotion causée par les rites de l'interrogatoire, une contradiction se soit produite entre les impotences dont le malade se plaint et les pouvoirs qu'il manifeste ; lui faire remarquer cette contradiction; le rééduquer ensuite non sans prévoir (Cl. Vincent) qu'un autre trouble peut surgir à la suite de ce succès.

L'*isolement*, dès longtemps prescrit, est généralement nécessaire pour éviter au malade la confusion qui résulte de son activité soudainement recouvrée ; pour que l'entourage n'entretienne pas l'inconscient défi du malade (Bériel, Devic) ; enfin, pour que celui-ci « vive sa guérison » dans le milieu où il l'a obtenue (Cl. Vincent).

La *psychothérapie armée* est parfois nécessaire. On a préconisé surtout l'électrisation par un courant galvanique dont l'intensité peut atteindre 100 milliampères. Appliquer deux tampons de 0,03 cm. de diamètre aussi près que possible l'un de l'autre sur la région à « torpiller » (Cl. Vincent). Durée des séances : dix minutes par fractions de minutes séparées par des intervalles de repos. Ces manœuvres doivent être précédées, bien entendu, d'une élimination scrupuleuse de toute cause organique d'impotence, et d'une spécialisation éprouvée.

Autres traitements.

D'autres moyens peuvent servir d'*arme* à la psychothérapie. Le cadre des cures hydrothérapiques (Divonne, etc.) ou hydrologiques (dans une station dont le choix sera dicté par l'état accidentel du sujet) ; le séjour au bord de la mer ou en montagne, restent favorables. On préconise souvent aussi l opothérapie et les sédatifs du vague, accompagnés ou non d'une excitation du sympathique.

1° Poudre de valériane . . . . } àà quinze centigr.
Poudre d'extrait ovarien . . . . }
F. s. a. en cachet, n° 10, deux ou trois cachets par jour.

2° Poudre de belladone	. . . .	2 centigr.
Camphre	. . . .	2 centigr.
Poudre d'asa fœtida	. . . .	10 centigr.
Extrait mou de quinquina	. . . . Q. s. p.	une pilule.

N° 10, 2 par jour.

Robert Van der Elst.

RÉPERTOIRE DE MÉDECINE PRATIQUE

Un classeur des **Répertoires de Médecine pratique** *est en vente à nos bureaux au prix de : France et étranger,* **9 francs** *(envoi franco).*

(N° 479)

Hystérie chez l'enfant

(*IRASCIBILITÉ ; CRISES DE NERFS*)

(*Traitement*) **HYSTÉRIE CHEZ L'ENFANT**

Si la *suggestibilité pathologique* constitue le fonds essentiel de l'hystérie chez l'adulte, on peut considérer les crises de colère des enfants comme la forme juvénile de cette névrose. En effet ces crises, si elles sont spontanées, dénotent un manque de contrôle, une absence de frein, qui témoigne de la suggestibilité du sujet ; d'autre part, si les crises correspondent à une « réaction de défense » (Ch. Fiessinger), cette réaction s'exerce contre des réalités qui arrachent le sujet au monde imaginaire (rêverie, orgueil, jeu, caprice affectif, etc.). — Ce double mécanisme est donc de nature hystérique. — Au reste, le jeune coléreux croit mimer l'autorité en se cabrant : la forme de ses gestes comme le fond de son acte participent donc du réflexe suggestionnel. Ce n'est pas à dire qu'aucune infection ou diathèse ne soit à incriminer : l'hérédo-spécificité (Mme de Larminat) justifie souvent la cure mercurielle ou arsenicale de la crise de colère de la seconde enfance (colère « bleue » spasmodique à intervalles peu rapprochés), rarement accompagnée (Mme de Larminat) mais souvent précédée de convulsions dans la première enfance, le premier mois excepté (David). L'encéphalite à la période d'incubation (Nobécourt) peut aussi produire des crises de colère (*nocturnes*). Quoi qu'il en soit l'hystérie favorise, et peut suffire à causer convulsions (Nobécourt), spasmes, cris (Claude) et scènes de colère.

I. — Traitement psychique.

a) Isolement. — Plus difficilement obtenu, plus difficilement bienfaisant que pour l'adulte, l'isolement de l'enfant anormal se pratique souvent en deux temps : déracinement du milieu familial avec une personne dont l'enfant ne sera sevré qu'après accoutumance au nouveau milieu.

b) Rééducation. — Si une crise a lieu, dépister la cause : volonté de se rendre indésirable pour mettre fin à l'isolement ; explosion d'une révolte précédée par des rancunes sourdement accumulées ; réflexe extemporané à l'égard d'une blessure d'ordre affectif ou d'une injustice perçue par l'intellect. Ces diverses formes requièrent un traitement différent : la première seule peut relever du châtiment humiliant ou corporel (Laumonier) ; la seconde, bien analysée dans son mécanisme par les Américains (Richardson), peut être ajournée par suggestion ou contenue par autorité; la troisième peut être matée par une habile dialectique (théorie du pédagogue de Galien ; examen de conscience soir et *surtout* matin). Eviter toute manœuvre émouvante (défi, taquinerie, ironie, menace, etc.). Garantir et faire estimer le succès. Brandir des récompenses actuelles ou virtuelles. Dépeindre le bonheur et la force des doux.

II. — Traitement physique et physiologique.

Si nécessaire que soit la psychothérapie, elle n'est jamais suffisante :

a) La crise accompagnée de cyanose et de spasmes (colère bleue) suggère avec succès, même en cas de Wassermann négatif (Mme de Larminat), le traitement spécifique (voir *Hérédosyphilis*) ;

b) La crise blanche des coléreux asthéniques (de Fleury), déprimés (Laumonier) ou bilieux (Carton) requiert l'*hydrothérapie* chaude ou tiède, l'*opothérapie* surrénale, ovarienne ou orchitique, les bains *ferrugineux*, les *toniques*, la *théobromine* (0,15 centigr. par jour à 10 ans) ;

c) La crise rouge des coléreux hypersthéniques ou « sanguins » relève de l'*opothérapie* hépatique ou thyroïdienne (Zénope), de l'hydrothérapie froide (bains de mer) ou fraîche (douche, drap mouillé), des calmants (aubépine, valériane, saule) : une demi-cuillerée à café de grassyl deux fois par jour pour un enfant de 8 à 10 ans, ou un cachet une ou deux fois par jour de :

Poudre d'extrait thyroïdien	. . . .	Un centigr.
Poudre de valériane	. . . .	Dix centigr.

F. s. a., n° 10 (pour 5 ou 10 jours, suivant l'âge).

III. — Diététique et hygiène.

Eviter les œufs, les acides (fritures, vinaigre, oseille, fromages faits).

Régime : viandes et poissons ; relativement peu de féculents ; fruits (Leclerc) ; petit-lait ; pain d'amandes.

Diurétiques ou laxatifs : à jeun un verre d'Eau de Vittel (source Hépar) ou Evian (Cachat) ou Saint-Alban (Faustine) ; après les repas délayer dans une infusion de violettes ou de tilleul une cuillerée à café de :

Magnésie	. . . .	} àà 10 gr.
Bicarbonate de soude	. . . .	}
Lactose	. . . .	50 gr.
Poudre d'anis ou de réglisse	. . . .	5 gr.

Proscrire alcool, tabac ; vive lumière ; lumière rouge ; surmenage, agitation, et même activité en cas d'orage.

IV. — Traitement hydrominéral et climatique.

Les considérations ci-dessus (II, b, c et III) feront préférer, suivant les cas, le littoral ou le pied de montagne. Les nerveux arthritiques ou anémiques s'orienteront vers les sources lithinées des Vosges, alcalines du massif central, ferrugineuses : Contrexéville, Royat, Vichy, Châtelguyon. — Bains de Bagnères-de-Bigorre, d'Ussat, de Néris, de Salins, etc. (voir *Nervosisme*).

R. Van der Elst.

REVUE DES JOURNAUX

REVUE NEUROLOGIQUE

(Paris)

Austregesilo et Marques. *Dystonies* (*Revue neurologique*, an. XXXV, tome II, nº 4, Octobre 1928). — Le groupe des dystonies comporte un ensemble très complexe de faits qu'il est encore assez malaisé de classer.

Sehwalhe donna le premier en 1908, la description de la dystonie. Ziehen l'étudia ensuite comme une névrose tonique du torsion, et Oppenheim en reprit l'étude sous le nom de dystonie lordotique progressive.

Les dystonies peuvent être généralisées ou partielles, permanentes ou intermittentes, primitives ou secondaires, isolées ou associées à d'autres syndromes.

A. et M. pensent qu'il y a probablement une dystonie pure, primitive, progressive, d'étiologie infectieuse, toxique, humorale, dégénérative, et des états dystoniques associés à d'autres affections nerveuses, comme la maladie de Wilson, la pseudo-sclérose, l'athétose double, les encéphalopaties infantiles.

La dystonie pure apparaît progressivement, lentement, au moment de la puberté, comme la maladie de Wilson; l'encéphalite épidémique est une cause infectieuse fréquente de dystonies, qui se trouvent associées alors à d'autres syndromes.

Bien que l'accord ne soit pas fait sur le substratum anatomique de la dystonie, il semble bien que le striatum représente le siège d'élection des lésions.

La dystonie s'observe dans tous les pays et dans toutes les races. Son électivité pour la race juive est loin d'être absolue comme le pensaient les premiers auteurs.

Pour terminer, A. et M. rapportent cinq observations personnelles d'états dystoniques survenus au cours d'encéphalopaties infantiles.

H. Schaeffer.

LE PROGRÈS MÉDICAL

(Paris)

J.-A. Chavany. *Le traitement des méningococcies par l'endoprotéine meningococcique* (*Le Progrès médical*, 1929, nº 1, 5 Janvier). — Parmi les moyens adjuvants du traitement des méningococcies, lorsque le sérum s'est révélé inefficace, C. préconise avec Luton et Reilly l'endoprotéinothérapie.

Elle consiste à injecter une solution à 8 pour 1000 des albumines microbiennes de méningocoques desséchés dans le vide et broyés avec du sel.

Chez les sujets sains, par voie intramusculaire, l'endoprotéine méningococcique provoque un choc plus ou moins violent, par voie rachidienne, une réaction méningée clinique et cytologique.

Chez le méningitique, il faut injecter par voie rachidienne des doses d'autant plus fortes que le liquide est plus purulent et ensuite des doses décroissantes. Par voie intramusculaire, les doses doivent au contraire être croissantes.

C'est par choc et non d'une façon spécifique qu'agit cette médication. Elle n'est efficace que lorsqu'elle s'accompagne d'une réaction fébrile et générale notable.

Dans les formes moyennes de méningite à méningocoques, les effets sont bons à la condition d'attendre le 10e ou le 12e jour.

Dans les formes graves, le blocage, les infections secondaires seraient plus rares.

Quand il y a ventriculite et épendymite et chez le nourrisson, l'effet est nul.

Dans les méningococcémies, il faut laisser écouler 12 à 15 jours pour avoir des résultats.

Robert Clément.

BULLETIN MEDICAL

(Paris)

Clément Simon. *Ponction lombaire ou ponction sous-occipitale* (*Le Bulletin médical*, t. XLII, nº 55, 26-29 Décembre 1928). — On sait les inconvénients, les dangers même de la ponction lombaire ambulatoire, les accidents précoces dus à l'hypotension du liquide céphalo-rachidien, les tardifs dus à l'hypertension sont parfois difficiles à distinguer les uns des autres, ce qui rend délicate la thérapeutique à employer.

On peut parer au drainage continu du liquide après la ponction en employant des aiguilles fines et en exigeant un repos allongé assez long.

S. a vu à Rio-de-Janeiro pratiquer couramment la ponction sous-occipitale. La technique paraît facile, et les accidents moins fréquents. Sur 405 ponctions sous-occipitales, Pires n'a vu que 5 malades se plaindre de céphalée. Un seul cas de mort a été publié par Nonne par hémorragie consécutive à l'atteinte de l'artère cérébelleuse postérieure et inférieure qui était flexueuse et déviée chez un vieillard de 79 ans artério-scléreux.

Les résultats de l'examen du liquide retiré par ponction sous-occipitale sont exactement concordants avec ceux de la ponction lombaire pour le Bordet-Wassermann, les réactions colloïdales et les globulines. L'albumine et la lymphocytose sont moins élevées que dans le liquide lombaire.

Robert Clément.

MARSEILLE MÉDICAL

H. Roger et P. Siméon. *Les polynévrites des tuberculeux : la polynévrite phosphocréosotique* (*Marseille médical*, tome LXV, nº 33, 25 Novembre 1928). — Les polynévrites sont fréquentes chez les tuberculeux pulmonaires, les polynévrites tuberculeuses primitives sont tellement rares qu'on a pu mettre en doute leur existence. Les cas où la tuberculose paraît seule en cause sont rares et l'on manque de preuves pour affirmer le rôle pathogène de la tuberculose, les lésions histologiques et les manifestations cliniques sont banales.

On rencontre au contraire souvent chez les tuberculeux des polynévrites provoquées par des intoxications ou infections banales; surtout l'alcool, le plomb, le diabète fréquent sont les cas où une infection et une intoxication se surajoutent et on peut supposer que si le facteur toxique médicamenteux est prédominant, l'imprégnation tuberculeuse joue un rôle qui n'est peut-être pas négligeable.

Parmi les polynévrites médicamenteuses, celles dues à l'intoxication phosphocréosotique sont particulièrement fréquentes. R. et S. rapportent 5 nouvelles observations à ajouter aux nombreuses déjà publiées. La voie hypodermique favorise l'intoxication, mais on l'a observée aussi par ingestion. Il n'est pas nécessaire que les doses aient été multipliées inconsidérément; les polynévrites frappent les femmes dans 5 cas sur 7. La phase de la tuberculose ne semble pas intervenir.

C'est une polynévrite mixte, à la fois motrice, sensitive et trophique, mais avec, dans la majorité des cas, prédominance des troubles moteurs et localisation de ces derniers aux extrémités. La durée est très longue, la guérison la règle.

Robert Clément.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Bâle)

O. Hegglin. *L'extension et la signification clinique de l'allergie ascaridienne* (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LIX, nº 1, 5 Janvier 1929). — Il est aujourd'hui bien établi qu'il existe une allergie contre l'ascaris, d'ailleurs déjà connue de Miram en 1844. Dans 1 cas observé par H., il s'agit du père d'un médecin travaillant dans un laboratoire avec des ascaris. Il fallut que le fils s'astreignît à prendre un bain et à changer de vêtement pour que le père n'eût plus d'accès d'asthme. Les faits de ce genre sont d'ailleurs tellement nombreux qu'ils sont gênants dans les laboratoires. Deux garçons du laboratoire où travaille H. sont sensibles et on est amené à renoncer à utiliser les ascaris comme objets d'expérience.

Avec un antigène préparé avec le liquide cœlomique de l'*Ascaris megalocephala*, cuit pendant 10 minutes, filtré et appliqué sur un trait de scarification, H. a fait des recherches sur 231 personnes dont l'âge variait de 1 à 87 ans. Il a trouvé 49 réactions fortes, 85 réactions moyennes, 44 réactions faibles et 53 (22,9 p. 100) réactions nettement négatives. Cette proportion de cas négatifs est moindre que celle trouvée par Brüning ou par Brunner qui ont travaillé avec de l'*Ascaris lumbricoïdes*. Brunner utilisait comme méthode l'injection intracutanée qui paraît donner des résultats plus violents. Dans 3 cas, cependant, H. a constaté à la suite de ces épreuves une urticaire générale avec accès d'asthme plus ou moins marqué. Mais, au bout d'une heure, ces symptômes avaient toujours complètement disparu.

On admet, en général, que l'hypersensibilité est en relation avec l'infection intestinale par l'ascaris. Il est cependant des cas d'infection par l'ascaris qui ne s'accompagnent pas d'hypersensibilité. En fait parmi ses cas, H. a retrouvé par l'anamnèse (l'examen des selles n'a pas été fait) plus souvent l'ascaris chez les personnes qui réagissaient (54 pour 100) que chez les personnes qui ne réagissaient pas (39 pour 100). En outre, chez 33 nourrissons, les résultats ont été constamment nuls, ce qui confirme les recherches de Brunner pour qui la réactivité augmente avec l'âge.

P.-E. Morhardt.

BRUNS' BEITRÄGE zur KLINISCHEN CHIRURGIE

Alius. *Sarcome röntgenthérapique* (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CXLIII, nº 3, 1928). — A la suite du traitement par les rayons, on a pu voir se développer des sarcomes dans deux conditions différentes : soit chez les radiothérapeutes alors que l'on ne connaissait pas encore suffisamment le danger qui pouvait résulter dans le maniement des rayons et que l'on ne prenait aucune mesure de précaution, soit chez des malades à la suite d'une dose trop élevée d'irradiation. Cette dernière éventualité est plus rare et donne généralement lieu à des cancers épithéliaux. Dans le cas rapporté par l'auteur, il s'agit d'un sarcome consécutif à un traitement radiothérapique pour un lupus étendu de la face et du cou. Il s'agit d'un malade âgé de 34 ans et chez lequel la première application de rayons remonte à 1908; la guérison n'a jamais été complète et après de multiples irradiations qui n'ont pas porté sur la moitié droite du thorax, le malade a vu apparaître en 1925 une petite tuméfaction dure au voisinage de l'articulation sterno-claviculaire droite; à plusieurs reprises, cette grosseur fut excisée dans un but biopsique et chaque fois, la réponse du laboratoire fut qu'il s'agissait simplement de tissu conjonctif sans aucune malignité. Une troisième extirpation pratiquée par Borchers montra qu'il s'agissait d'un sarcome spino-cellulaire et le malade mourut un an après avec des symptômes de généralisation.

J. Sénèque.

Andler. *Pancréatite aiguë et ascaridiose* (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CXLIII, nº 3, 1928). — L'ascaridiose, dans l'étiologie des

pancréatites aiguës et chroniques, ne constitue pas une éventualité bien fréquente et cependant au début de son article, l'auteur rappelle toute une série d'observations dans lesquelles des ascaris furent trouvés soit dans les canaux pancréatiques seuls, soit à la fois dans les canaux pancréatiques et biliaires lors de pancréatites aiguës. L'observation originale que publie l'auteur est tout à fait démonstrative.

Une femme de 49 ans est prise brusquement, le 2 Janvier 1927, de douleurs violentes dans la région sus-ombilicale de l'abdomen : elle présente en même temps un vomissement bilieux ; à l'examen, on constate que l'abdomen est tendu, très douloureux ; la malade est cyanotique, en état de collapsus ; la température est à 37°4. On pense à une affection du pancréas et l'on intervient aussitôt. On reconnaît tout de suite l'hématome dans la région pancréatique avec l'existence de taches de bougies ; les voies biliaires sont libres, mais on aperçoit en un certain point les anses grêles pleines d'ascaris ; deux petites incisions sur l'intestin permettent d'en extraire 72. Suture de l'intestin, puis tamponnement et drainage de la région pancréatique ; guérison.

L'auteur discute ensuite la voie de l'infection vasculaire ou canaliculaire ; cette dernière paraît la plus vraisemblable ; quant à la cause de l'activation du suc pancréatique, il n'est pas indispensable que les ascaris viennent obstruer la région de l'ampoule de Vater pour que se déclenchent les accidents, on peut même se demander si des toxines d'origine ascaridienne ne peuvent pas activer directement le suc pancréatique.

Il était intéressant d'attirer l'attention sur une nouvelle cause capable de déclencher les crises de pancréatite aiguë ; au cours de l'intervention qui doit être menée rapidement, on ne peut songer à pratiquer le cathétérisme du canal de Wirsung, mais si l'on aperçoit nettement dans une partie de l'intestin grêle un paquet d'ascaris comme c'était le cas dans l'observation de l'auteur, on est évidemment en droit de les évacuer.

J. Sénèque.

Rostock. *La chondromatose articulaire* (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CXLIV, n° 1, 1928). — La chondromatose articulaire a été décrite pour la première fois par Reichel en 1900 dans le sens d'une néoplasie de la synoviale ; depuis, de nombreux cas ont été rapportés et l'auteur a pu en réunir 55 observations dans son mémoire. Il rapporte 6 observations personnelles pour lesquelles les lésions siégeaient une fois au niveau de l'articulation coxo-fémorale et cinq fois, au niveau de l'articulation du genou. Dans un cas seulement, l'intervention eut lieu et elle permit d'extraire de l'articulation du genou un volumineux corps étranger articulaire qui siégeait sur la face antérieure de l'articulation. Dans les 5 autres cas, les malades refusèrent l'intervention.

Sur les 61 observations relevées par Rostock, il s'agissait dans 43 cas, d'individus de sexe masculin ; dans 14 observations, de sexe féminin ; dans 4 cas, le sexe n'est pas noté. La plus grande fréquence de cette affection s'observe entre 20 et 40 ans : 32 observations sur les 61. L'articulation du genou est la plus fréquemment atteinte : 35 cas ; vient ensuite le coude avec 11 cas ; puis la hanche, 6 cas ; enfin l'épaule : 3 cas, la radio-carpienne : 3 cas, la tibio-tarsienne, 2 cas et l'articulation métacarpo-phalangienne : 1 cas. Tantôt l'affection est très douloureuse, reproduisant les symptômes de la luxation méniscale, tantôt les douleurs font complètement défaut. Le diagnostic de certitude ne peut guère être posé qu'avec l'aide de la radiographie qui est tout à fait démonstrative ; sinon on peut confondre cette affection avec l'arthrite déformante, les corps étrangers articulaires, les exostoses cartilagineuses, un cal de fracture, l'ostéomyélite, la syphilis, le sarcome des os.

Les lésions chondromateuses prennent leur origine au niveau de la synoviale articulaire mais ne se cantonnent pas ensuite à ses frontières ; elles progressent tout autour de la capsule. D'après Kienbock, on pourrait décrire deux formes à la chondromatose articulaire : la forme multicentrique et la forme unicentrique, la première s'étant rencontrée dans 43 cas, la seconde dans 17 cas ; dans un cas, il n'y a pas de renseignement.

Actuellement il faut considérer cette affection comme résultant d'un trouble mésenchymateux lors de la formation articulaire ; histologiquement, il s'agit d'un chondrome avec des cellules cartilagineuses hyalines qui présentent ensuite divers stades dans la calcification et l'ossification. L'auteur considère cette affection comme différente des corps étrangers que l'on peut rencontrer dans l'évolution de l'arthrite déformante et l'ostéochondrite disséquante ; la radiographie stéréoscopique est très utile pour préciser le siège des lésions.

En ce qui concerne le traitement, Rostock signale que cette lésion est susceptible de rétrocession spontanée et en rapporte une observation de Bibergeil ; l'amputation que l'on a préconisée à un moment doit être absolument proscrite, la résection n'a que de rares indications, le traitement de choix est l'arthrotomie et l'ablation des lésions, mais devant l'absence des troubles fonctionnels, un certain nombre de malades refusent absolument toute intervention sanglante.

J. Sénèque.

Tempsky. *Les embolies pulmonaires après les interventions chirurgicales* (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CXLIV, n° 2, 1928). — Dans ces dernières années et particulièrement au cours de l'année 1925-1926, il a été constaté une recrudescence des cas d'embolie à la clinique de Küttner. T. ne retient que les cas cliniquement indiscutables et à la suite de trois sortes d'opérations particulièrement fréquentes à cette clinique : interventions portant sur l'appendice, sur l'estomac et sur le rectum. Sur 1.355 interventions ayant porté sur l'estomac, il a été constaté 45 cas de thrombo-embolies soit 3,8 pour 100 et 12 cas d'embolies pulmonaires mortelles soit 0,8 pour 100. Le détail des interventions est le suivant : 496 cas de résections ont donné 17 thrombo-embolies soit 3,4 pour 100 et 5 embolies pulmonaires mortelles soit 1,2 pour 100 ; 392 gastro-entérostomies ont donné 13 thrombo-embolies soit 3,3 pour 100 et 2 embolies pulmonaires soit 0,5 pour 100 ; 467 laparotomies exploratrices ont donné 12 thrombo-embolies soit 2,5 pour 100 et 3 embolies pulmonaires mortelles soit 0,6 pour 100.

La mort est survenue généralement aux environs du 9e jour (la plus précoce au 4e jour, la plus tardive au 21e jour). Ces embolies ont été plus fréquentes chez l'homme que chez la femme : 28 cas contre 16.

Les thromboses ont été plus fréquentes aussi sur le membre inférieur droit (saphène et fémorale) que du côté gauche : 46 pour 100 des cas à droite contre 40 pour 100 à gauche ; dans un cas la saphène droite, la saphène gauche ont été atteintes en même temps dans 2 cas, les membres inférieurs ont été pris consécutivement. L'accélération du pouls n'a été notée que dans 13,3 pour 100 des cas. Dans 25 pour 100 des cas, il n'existait aucun symptôme prémonitoire de la thrombose et c'est uniquement à l'autopsie que l'on a pu découvrir une thrombose des veines du bassin (veine hypogastrique, veine prostatique, veine iliaque).

Sur 506 interventions ayant porté sur le rectum, on note 27 thrombo-embolies soit 5,3 pour 100 avec 17 embolies pulmonaires mortelles soit 3,3 p. 100. Ces interventions se répartissent de la manière suivante : 202 anus iliaques avec 4 thrombo-embolies soit 1,9 pour 100 et 2 embolies pulmonaires mortelles soit 0,9 pour 100 et 304 amputations et résections avec 23 thrombo-embolies soit 7,5 pour 100 et 15 embolies pulmonaires mortelles soit 4,9 p. 100. La mort est survenue en général aux environs du 10e jour et c'est ici encore le sexe masculin qui a été frappé le plus souvent.

Enfin à la suite des appendicectomies la statistique est la suivante : sur 1.767 interventions on relève 29 thrombo-embolies soit 1,6 pour 100 et 4 embolies pulmonaires mortelles soit 0,2 p. 100 ; ces cas mortels n'ont été observés qu'à la suite d'appendicites perforées, quant aux thrombo-embolies, elles sont survenues dans 5 cas après une appendicite chronique, dans 7 cas après une appendicite aiguë et dans 14 cas après une appendicite perforée. Ces embolies mortelles après appendicectomies ne s'observent guère avant 45 ans ; dans un cas seulement la mort est survenue chez un malade de 17 ans qui fit de multiples complications suppurées.

Envisageant ensuite l'étiologie de ces lésions, T. ne croit pas contrairement à l'opinion de Borchardt que la médication intraveineuse puisse prédisposer aux thromboses ; ce qu'il faut avant tout, c'est éviter les ligatures en masse, les manipulations brutales, la perte inutile de sang au cours de l'intervention ; il est indiscutable enfin que l'âge avancé, l'état cachectique, l'adiposité prédisposent à cette complication dans laquelle l'infection joue un rôle capital.

L'intervention de Trendelenburg a été essayée plusieurs fois sans succès.

J. Sénèque.

Detering. *Sur la fréquence des thromboses et embolies post-opératoires* (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CXLIV, n° 3, 1928). — La question des thromboses et embolies post-opératoires préoccupe à l'heure actuelle beaucoup les chirurgiens allemands et de nombreux articles sont publiés sur ce sujet qui est évidemment d'importance capitale ; la plupart des cliniques publient leurs statistiques et elles sont toutes d'accord pour reconnaître que depuis ces dernières années le nombre des cas de thrombose et embolies pulmonaires post-opératoires s'est considérablement accru.

Dans cet article, D. publie la statistique du service de Frangenheim. De 1919 à 1927, 17.558 malades ont été soignés au Bürgerhospital et 8.094 à l'Augusta-hospital ; alors que dans le premier l'on n'a observé que des thromboses post-opératoires, dans le second au contraire, des cas pré- et post-opératoires ont été signalés. Si l'on prend la statistique de ces deux hôpitaux alors qu'en 1919 le pourcentage des cas de thrombose était de 2-4 pour 100, ce chiffre s'est élevé en 1927 à 16 pour 100. Parallèlement à ce chiffre de thrombose, le chiffre des cas mortels d'embolies est monté à 3-4 pour 100 entre 1924 et 1927. Ce sont beaucoup plus les cas de thrombose post-opératoire que ceux pré-opératoires qui ont amené des embolies mortelles. D'après les statistiques que fournit D., l'augmentation de ces complications n'est nullement influencée par le mode d'anesthésie ; c'est surtout l'âge des malades et les interventions chez les cancéreux qui est important ; le rôle néfaste des médicaments introduits par la voie intra-veineuse n'est nullement prouvé : contrairement enfin à d'autres statistiques, les femmes ont été atteintes dans une proportion plus élevée que les hommes.

J. Sénèque.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Leipzig)

M. Landsberg. *Algies pancréatiques au cours du coma et du précoma diabétique* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LIV, n° 50, 14 Décembre 1928). — Se basant sur plusieurs observations personnelles ou publiées récemment en Allemagne par d'autres auteurs, L. décrit au cours du précoma un syndrome douloureux abdominal dont la prédominance a pu faire porter à tort le diagnostic d'appendicite, d'ileus, de pancréatite hémorragique et méconnaître le diabète causal.

Il est possible, quoique rare, d'observer la coexistence de diabète et de nécrose pancréatique, mais les lésions aiguës du pancréas ne déterminent pas de phénomènes de diabète consomptif.

Il importe donc de penser à ce diagnostic et de ne pas méconnaître le diabète causal, car ces phénomènes régressent rapidement par la cure insulinique et une erreur d'interprétation qui amènerait à une intervention chirurgicale serait fatale au malade.

Ces phénomènes douloureux abdominaux simulant des affections chirurgicales paraissent étudiés depuis peu de temps en Allemagne et L. attribue à Ehrmann et Jacoby la 1re description de la pancréalgie en 1925. Il ne semble cependant pas que ce syndrome


Médication Opothérapique
EXTRAITS TOTAUX
CHOAY
Obtenus par dessiccation rapide, dans le vide, vers 0°, d'organes soigneusement récoltés, auxquels ils sont équivalents.
SYNCRINES CHOAY
Résultant de l'association d'Extraits totaux, en formules qui répondent aux principaux syndromes
COMPRIMÉS · CACHETS · PILULES · AMPOULES
CHOAY
Échantillons sur demande au LABORATOIRE CHOAY
48, Rue Théophile Gautier, PARIS-16e-Tél. Auteuil 44-09

soit très différent des formes épigastralgiques, digestives, pseudo-péritoniques, pseudo-occlusives ou pseudo-appendiculaires bien connues en France depuis fort longtemps. G. Dreyfus-Sée.

F. Dietel. ***Le traitement des verrues-planes juvéniles par injections intracutanées de lait*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LIV, n° 50, 14 Décembre 1928). — De nombreux traitements ont été proposés pour obtenir la cure radicale des verrues-planes. La plupart laissent des cicatrices disgracieuses, certains ne sont pas sans faire courir des risques plus sérieux aux malades qui s'y résignent malaisément.

Il est donc intéressante de noter l'hypothèse récente de Biberstein, amenant à une voie thérapeutique nouvelle.

Il émettait l'idée que les verrues, condylomes, etc., sont déterminés par un virus spécifique et faisait observer que la disparition si fréquente de tous les éléments, après traitement d'un seul d'entre eux, cadrerait fort bien avec l'établissement d'un processus immunitaire. Les tentatives thérapeutiques à l'aide d'un vaccin préparé avec des fragments de condylomes ou de verrues n'ont cependant donné que des résultats très partiels.

D'ailleurs, à la notion d'infection spécifique, doit s'ajouter celle d'un terrain particulier expliquant la prédominance chez l'enfant et l'absence de contagiosité habituelle.

C'est la modification de ce terrain qu'a tentée D. à l'aide d'injections intradermiques répétées de lait bouilli.

Alors que ses essais sont restés infructueux en ce qui concerne le traitement des verrues ordinaires, il a obtenu des régressions absolues et définitives dans 80 pour 100 des cas de verrues-planes juvéniles traités.

Il pratique simplement 2 à 4 injections intradermiques de 0,1 cmc de lait frais bouilli, à la partie distale de la face d'extension de l'avant-bras. Les injections sont renouvelées 2 fois par semaine. La régression se produit plus ou moins rapidement; 3 séances suffirent dans une observation, il en fallut parfois 20 et même plus chez d'autres sujets; dans un cas, on observa même une poussée passagère lors de la 2e série de 2 piqûres, puis la malade guérit totalement en cinq semaines de traitement.

Aucun incident, aucune cicatrice disgracieuse n'ont été observés.

Plusieurs tentatives permettent d'éliminer l'action psychothérapeutique de ce procédé.

Cette thérapeutique dont le moyen d'action reste inconnu paraît donc utile à tenter avant de recourir aux traitements plus dangereux, et dont les résultats sont moins parfaits au point de vue esthétique.

G. Dreyfus-Sée.

R. Gantenberg. ***Le traitement prolongé du diabète consomptif par l'insuline*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LIV, n° 51, 21 Décembre 1928). — G. relate les observations détaillées de 3 malades ayant reçu, pendant un temps prolongé, des quantités assez considérables d'insuline.

Le premier de ces malades a reçu des injections presque continuellement pendant trois ans et plusieurs complications intercurrentes, apparues lors de courtes périodes d'arrêt de traitement ont été jugulées. Une difficulté est cependant survenue du fait de l'altération des tissus dans les régions où de très nombreuses piqûres avaient été pratiquées. Une certaine gêne de la résorbtion au niveau de ce tissu sclérosé a été ainsi notée chez ce malade qui avait subi plus de 3.000 injections.

Afin d'aider à l'action de l'insuline, voire même d'y suppléer provisoirement de temps à autre, G. conseille des cures opiacées. Parfois l'adjonction de mellitose, de gluckhorment ou de régime de Pétren pourront rendre ces services.

Par contre, l'emploi des injections tardives d'insuline le soir, proposées pour déterminer une forte chute glycémique nocturne paraît peu recommandable.

Enfin il semble découler des examens biologiques pratiqués chez les malades que la courbe glycémique diurne fournit des renseignements supérieurs à ceux de la simple recherche du sucre sanguin à jeun.

G. Dreyfus-Sée.

W. Löwenberg. ***Anémie pernicieuse et flore microbienne de l'intestin grêle*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LIV, n° 51, 21 décembre 1928). — Dans 50 cas d'anémie pernicieuse, L. a trouvé constamment des modifications bactériologiques pathologiques de l'intestin grêle.

Mais la flore bactérienne n'a rien de spécifique et elle est semblable à celle décelée dans nombre d'autres états pathologiques, par exemble les gastrites avec hypoacidité, ou les affections des voies biliaires.

Ni les examens sérologiques, ni les recherches des caractères biologiques spéciaux des colibacilles n'ont fourni d'indications sur le rôle étiologique possible des bacilles intestinaux dans l'anémie pernicieuse.

Les modifications pathologiques microbiennes paraissent plutôt être la conséquence de la diminution des moyens de défense bactéricides entéritiques. Même si on attribue aux bactéries un rôle en tant que génératrices de produits nocifs pour l'organisme, il n'en reste pas moins que la cause qui permet leur développement et la propagation générale de leurs toxines reste à découvrir.

D'ailleurs, la persistance de la flore microbienne anormale, même dans les périodes de rémission thérapeutique (telle que celle entraînée par l'ingestion de foie de veau), plaide également contre les théories qui tendent à considérer l'infection intestinale comme la cause primordiale de l'anémie pernicieuse. G. Dreyfus-Sée.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Berlin)

Ludwig Heilmeyer et Alexander Sturm. ***Elimination de l'iode par les glandes gastriques*** (*Klinische Wochenschrift*, tome VII, n° 50, 9 Décembre 1928). — Les recherches sur l'élimination de l'iode par les glandes gastriques n'ont guère été pratiquées jusqu'ici qu'avec des méthodes trop grossières pour donner des résultats précis. En recherchant par la méthode de Winkler l'iode qui apparaît dans le suc gastrique après une injection intraveineuse de 10 centigr. d'iodure de sodium chez un individu sain, il a été constaté par H. et S. que la proportion maximum de ce corps s'observe au moment du maximum d'acidité, c'est-à-dire vers la 40e minute après un repas d'épreuve à l'alcool. Même avec une injection de quantité aussi faible que 2 centigr. d'iodure de potassium, on observe une augmentation de l'iode dans le suc gastrique. Cette augmentation débute immédiatement, c'est-à-dire moins de 4 minutes après l'injection, comme le montrent des dosages faits de 2 en 2 minutes. Sur l'estomac au repos, le matin à jeun, l'élimination d'iode par les glandes gastriques a été constatée de la même manière qu'après un repas d'épreuve. Les vapeurs d'iodure d'éthyle ont produit un effet analogue. Enfin H. et S. ont constaté que l'iode est éliminé par les glandes gastriques sous une concentration beaucoup plus élevée (13 milligr. pour 100 gr.) que dans la salive (4,28 milligr. pour 100 gr.) Ces chiffres se rapportent naturellement à un suc gastrique non dilué.

P.-E. Morhardt.

P. von Gara. ***Les forces bactéricides du liquide céphalo-rachidien et des épanchements inflammatoires ou non inflammatoires de la plèvre et du péritoine*** (*Klinische Wochenschrift*, tome VII, n° 50, 9 Décembre 1928). — Il a été examiné 20 liquides céphalo-rachidiens au point de vue de leur pouvoir bactéricide surtout à l'égard du bacille du charbon et parfois aussi à l'égard du staphylocoque doré. Le contact a été prolongé jusqu'à 15 heures et on a pu ainsi constater qu'un contact de 6 heures suffit complètement pour mettre en évidence le pouvoir bactéricide qui d'ailleurs n'existait à aucun degré dans 19 des 21 liquides examinés. Les deux derniers qui provenaient l'un d'un imbécile et l'autre d'un idiot avaient un pouvoir bactéricide. Les exsudats inflammatoires provenant de la plèvre ou du péritoine et d'un poids spécifique égal ou supérieur à 1.018 ont été trouvés fortement bactéricides à l'égard du bacille du charbon, même s'ils présentaient un peu de staphylocoque ou de streptocoque. Ce pouvoir peut se conserver pendant 8 jours au moins. Les exsudats non inflammatoires d'une densité inférieure à 1.018 sont dépourvus de tout pouvoir bactéricide. P.-E. Morhardt.

ARCHIVIO ITALIANO DI CHIRURGIA

(Naples)

R. Palma. ***Effets du drainage lymphatique dans l'occlusion intestinale*** (*Archivio Italiano di Chirurgia*, tome VI, fasc. 4, Octobre 1928). — P. a procédé à 3 séries d'expériences pour contrôler les recherches de Costain tendant à montrer que c'est par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques que l'organisme s'intoxique au cours de l'occlusion intestinale. Tout d'abord il a étudié la toxicité et l'infectiosité de la lymphe recueillie par ponction du canal thoracique après avoir provoqué une occlusion du grêle à des niveaux variables. Il a ensuite recherché si le drainage de ce canal diminue le nombre des germes contenus dans l'intestin au-dessus de l'étranglement ou dans le sang. Au cours de ces recherches, la lymphe a tué les animaux auxquels elle était injectée dans la proportion où elle contenait de germes pathogènes. Quand elle n'en contenait pas, les animaux supportaient bien l'injection de lymphe. Dans quelques cas, le drainage de la lymphe a paru diminuer la virulence des bacilles contenus dans l'intestin, mais en revanche, n'a pas empêché la bactériémie de s'établir d'une façon très précoce après l'occlusion intestinale. Il ne semble donc pas que le drainage de la lymphe possède l'action désintoxicante dont parle Costain. En revanche, P. rapproche ses constatations de celles de Vernon qui a montré que, après injection de bacilles pathogènes dans le péritoine, il apparaît des germes dans le sang à peu près aussi vite que dans le canal thoracique. D'un autre côté, entre les mains de P., un étranglement du duodénum bien qu'il soit suivi d'accidents rapidement très graves ne fait pas apparaître de germes dans la lymphe qui est inoffensive pour les souris auxquelles elle est injectée. Ainsi pour expliquer la gravité des occlusions hautes, il faut faire appel à des troubles de l'équilibre acide-base. P.-E. Morhardt.

ARCHIVIO DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

(Bologne)

Moretti. ***Syndromes hépatospléniques et splénomégalie thrombophlébitique*** (*Archivio di Patologia e Clinica medica*, tome VII, fasc. 5, Novembre 1928). — Se référant à 3 observations personnelles de symptômes splénohépatiques, M. conclut que la symptomatologie clinique considérée habituellement comme propre à la thrombose splénique peut aussi exister et se dérouler de même, en dehors et indépendamment des vaisseaux splénoportaux. D'ailleurs, la même symptomatologie peut être incomplète ou manquer dans des cas où l'autopsie montre une occlusion totale de la veine splénique. Le diagnostic clinique de splénomégalie trombophlébitique présente parfois des difficultés très sérieuses.

Les nodules de Gamna, parfois constatés dans de telles rates, n'y sont jamais en abondance. Ils n'ont aucune signification pathologique spéciale.

F. Coste.

MINERVA MEDICA

(Turin)

Oliva. ***Sur l'origine traumatique des tumeurs malignes*** (*Minerva medica*, tome VIII, n° 35, 1er Septembre 1928). — O. relate l'histoire d'une femme de

57 ans qui, à la suite d'une fracture du 1/3 inférieur du fémur, vit se développer au niveau du cal un sarcome. Toute intervention et l'autopsie étant demeurées impossibles, il s'agit d'un cas purement clinique, mais où la tumeur ne faisait pas de doute. La mort survint en quelques mois dans la cachexie, avec des envahissements ganglionnaires étendus. La malade était avant le traumatisme en parfait état de santé. Cette intégrité antérieure du membre, la certitude d'un important traumatisme avec dilacération tissulaire, la concordance chronologique, le siège de la tumeur au niveau du foyer de fracture, tous les postulats habituellement exigés pour parler de l'origine traumatique sont ici réunis. Cependant, il reste comme à l'habitude impossible d'affirmer à coup sûr qu'il ne s'est pas agi d'une tumeur préexistante, révélée par le trauma. F. Coste.

F. Placeo. ***Recherches sur la survivance des globules rouges du donneur dans la transfusion du sang humain*** (*Minerva medica*, tome VIII, n° 43, 27 Octobre 1928). — Asby, Rolleston ont admis une survivance parfois longue des hématies introduites. Selon Jeuvell elle serait de 1 à 2 mois dans l'anémie simple ou pernicieuse, de quelques semaines seulement dans les anémies secondaires infectieuses. Wearn, Warren et Arne ont vu les globules injectés résister jusqu'à 4 mois, dans l'anémie post-hémorragique. Se servant de la méthode de numérations répétées de Asby, Pl. arrive aux conclusions suivantes : la longue survie des globules importés est un fait acquis, et souvent ils ne présentent pendant les premiers jours aucune altération morphologique. Ils commencent à diminuer au bout de quelques jours et même de semaines. Leur résistance est à son maximum (jusqu'à 40 jours) dans les cas d'anémie post-hémorragique. Par contre, ils disparaissent vite dans l'ictère hémolytique. Dans un cas d'anémie pernicieuse essentielle, la survie était assez longue. F. Coste.

Lavatelli. *Anémie chronique d'origine hémorroïdaire* (*Minerva medica*, tome VIII, n° 44, 3 Novembre 1928). — Parmi ce groupe multiforme des anémies chroniques secondaires, celles qui succèdent, comme l'anémie post-hémorroïdaire, à des pertes sanguines petites et longtemps répétées présentent un intérêt clinique et hématologique spécial. Très fréquentes, elles ont des caractères communs et assez tranchés permettant de les décrire à part.

Il s'agit en général d'hommes, de 40 à 60 ans, présentant un teint très pâle, parfois jaune paille, et un aspect boursouflé du visage.

Le nombre des érythrocytes est proportionnellement plus abaissé que le taux de l'hémoglobine. Les globules rouges sont pâles, à centre décoloré, sans trace de régénération hâtive (polychromasie, granulations filamenteuses, noyaux, etc.). Anisocytose intense, formule érythrocytométrique très étalée, et légèrement déviée vers la gauche (peu de macrocytes).

Du côté des globules blancs : leucopénie parfois accusée, neutropénie avec lymphocytose relative, déviation vers la droite de la formule d'Arneth. Ce sont des signes évidents d'insuffisance et d'appauvrissement médullaire.

Seule l'intervention opératoire arrive à corriger, lentement et tardivement, cette torpeur des centres hémopoïétiques, et aboutit à une période de régénération active. Cette période, qui s'établit pauvrement et péniblement, se continue également sur un mode torpide. Les signes hématologiques en sont discrets. Pas d'hématies nucléées ni à débris nucléaires, peu d'hématies granulo-filamenteuses, pas de polychromatophilie, de granulations basophiles, de leucocytose, etc. Les seuls indices d'un réveil d'activité médullaire sont la déviation vers la droite de la courbe érythrocytométrique, et la déviation, inconstante, vers la gauche, de la formule d'Arneth. Rarement d'ailleurs, même à distance, le retour à la normale des conditions hématologiques s'avère complet.

Dans les cas non traités par l'intervention opératoire, le processus se poursuit et s'aggrave jusqu'à la constitution d'une anémie aplastique.

F. Coste.

Rondelli. *Histamine et capillaires* (*Minerva medica*, tome VIII, n° 47, 8 Décembre 1928). — La réaction cutanée à l'histamine (intradermoréaction pratiquée avec le produit) dépend assez fidèlement des conditions fonctionnelles où se trouvent les réseaux capillaires, de leur aptitude à se dilater ou à se contracter, à augmenter ou à diminuer le courant sanguin.

Elle est faible, n'arrivant pas à son développement normal chez les hypertendus, les hypotendus, les cachectiques, les sujets atteints de néphrite, et d'une façon générale, dans les états où les capillaires ont une activité fonctionnelle diminuée et une capacité moindre de réagir aux différentes excitations.

Elle est augmentée, supérieure à la normale, soit par son diamètre, soit par sa rapidité d'apparition, chez les malades hyperexcitables et chez les fébricitants.

L'état momentané du derme, et particulièrement son irrigation, sont parmi les causes déterminantes les plus actives pour le développement plus ou moins complet de l'intradermoréaction.

Les réactions intradermiques, quand on les interprète correctement, offrent un moyen d'étude intéressant de l'action sur les capillaires d'un agent pharmacodynamique. F. Coste.

ACTA CHIRURGICA SCANDINAVICA
(Stockholm)

K. Gramén. *Accident : transfusion de sang leucémique* (*Acta Chirurgica Scandinavica*, t. LXIX, fasc. 3-4, 22 Novembre 1928). — Sept semaines après une transfusion, on s'aperçut que le donneur présentait une leucémie myéloïde aiguë avec 30.000 leucocytes, dont 84 pour 100 de myélocytes, sans splénomégalie. Il mourut quinze jours plus tard. L'autopsie montra une infiltration de la moelle osseuse, des ganglions lymphatiques et de la moelle par des myéloblastes et des cellules de types divers dont des érythroblastes.

Le receveur qui était atteint d'ulcère du duodénum chronique continua à saigner malgré les transfusions en 16 jours et son anémie s'aggravant, on l'opéra. Il mourut vingt-quatre heures après. On n'étudia point son sang dans l'ignorance où l'on était alors de la leucémie du donneur.

Dans le but d'éclaircir si une leucémie peut être transmise d'homme à homme par transfusion, G. injecta dans les veines de 4 sujets atteints du cancer inopérable 3 sangs de leucémie myéloïde et un de leucémie lymphoïde. Les malades moururent quatre à dix mois après sans qu'on ait observé de signes de leucémie.

Rien ne permet à l'heure actuelle de dire si la leucémie peut être transmise d'homme à homme.

Robert Clément.

ACTA PSYCHIATRICA ET NEUROLOGICA

Auguste Wimmer et Axel V. Neel. *Les amyotrophies systématisées dans l'encéphalite épidémique chronique* (*Acta Psychiatrica et Neurologica*, tome III, fasc. 4, 1928). — L'encéphalite épidémique ne paraît pas de prime abord, par la dissémination de ses lésions, réunir les conditions pour réaliser l'atteinte *systématisée* de l'appareil neuro-musculaire. Tout au plus, comme dans la poliomyélite épidémique aiguë, s'attendrait-on à y voir apparaître des paralysies atrophiques à distribution segmentaire. Pourtant ces amyotrophies systématisées post-encéphalitiques ne sont pas rares puisque W., dans cet important mémoire, a pu en rassembler vingt observations personnelles avec deux vérifications anatomiques. De tels faits n'ont pas seulement un intérêt diagnostique, mais ils posent la question encore inextricable de la nature intime de certaines amyotrophies spinales, dites systématisées ou idiopathiques.

Les amyotrophies encéphalitiques ont en commun un certain nombre de caractères que W. et N. dégagent de leurs observations. Tout d'abord il est à noter la rareté d'un syndrome parkinsonien associé mais, par contre, la fréquente coexistence d'hyperkinésies, sous forme de myoclonies surtout. Le plus souvent les amyotrophies affectent une topographie distale et bilatérale et débutent par les petits muscles des mains. Plus rarement, elles affectent une allure hémiplégique ou atteignent en premier lieu les muscles des racines des membres. L'évolution progressive de ces amyotrophies peut aboutir à la constitution d'une paralysie glosso-labiale parfois mortelle Plus rare est la constatation d'une paralysie glosso-labiale primitive. D'une façon générale, les amyotrophies prédominent sur les paralysies et si la fibrillation des muscles atrophiés est rare, les myoclonies s'observent avec une grande fréquence. L'hyperréflectivité tendineuse, avec clonus du pied et de la rotule, est la règle presque absolue et un signe de Babinski uni ou bilatéral est très souvent noté. Il existe, d'ailleurs, souvent une contracture de type pyramidal réalisant parfois une paraplégie spasmodique. C'est dire que si, par leur topographie, les amyotrophies encéphalitiques rappellent le tableau de la maladie d'Aran-Duchenne, l'adjonction de ces signes pyramidaux constitue un syndrome de sclérose latérale amyotrophique Les troubles sensitifs, discrets et transitoires, n'ont été notés que dans 1/3 des cas. Les troubles sphinctériens font toujours défaut.

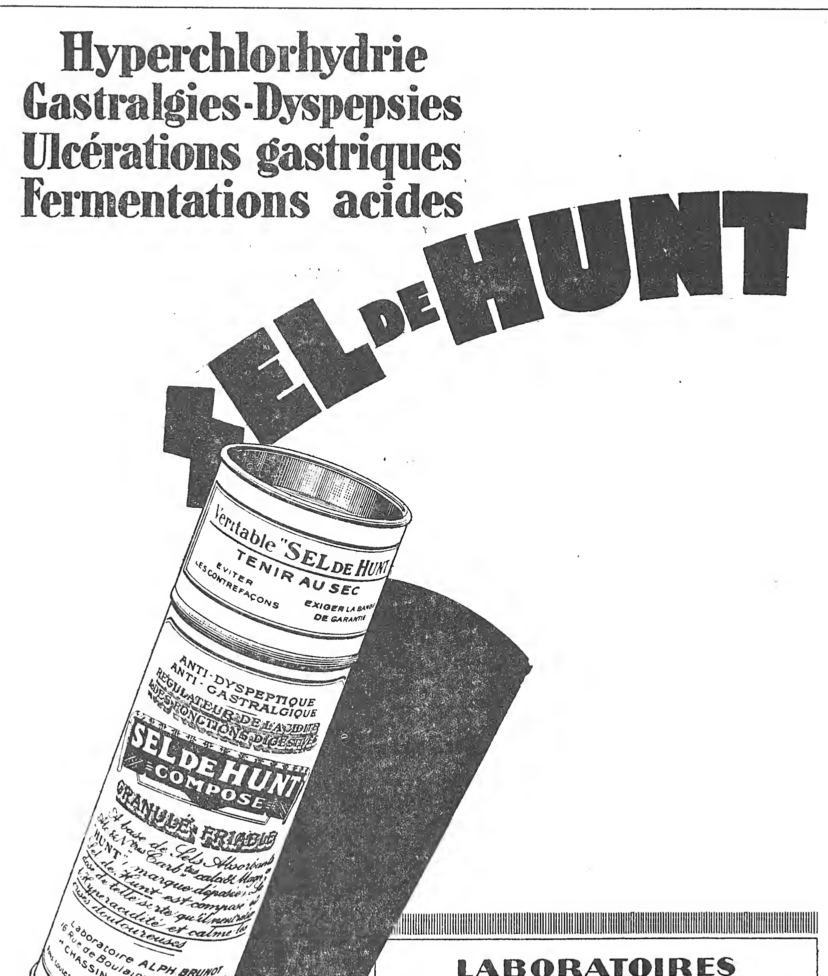
L'évolution de ces amyotrophies est généralement lente. Les unes aboutissent en peu d'années à l'inexorable paralysie bulbaire, d'autres présentent des rémissions prolongées. Ailleurs, le processus paraît s'arrêter.

Si le tableau clinique évoque déjà l'idée d'une localisation médullaire, la preuve peut en être fournie et Wimmer rapporte les résultats anatomiques dans deux cas. Les coupes montrent à l'évidence qu'il s'agit d'une affection combinée de la moelle frappant les cornes grises antérieures comme aussi les faisceaux pyramidaux. Il est très vraisemblable que l'atteinte des deux composants moteurs n'est pas simultanée et il est, de plus, presque certain que les lésions ne restent pas cantonnées à ces territoires. Toutefois, cet aspect pseudo-systématique des lésions rappelle les dégénérescences observées au cours de la syphilis spinale et de l'anémie pernicieuse Selon toute vraisemblance, il y a au début de l'affection de nombreux foyers inflammatoires disséminés qui, par leur coalescence ou l'addition des dégénérations secondaires, réalisent le tableau d'une dégénérescence pseudo-systématisée, funiculaire.

La ressemblance frappante de ces amyotrophies post-encéphalitiques avec la sclérose latérale amyotrophique pose la question de la légitimité de cette dernière maladie en tant qu'entité nosologique Le syndrome de sclérose latérale amyotrophique peut être réalisé, en effet, par des affections exogènes et inflammatoires, telles que la syphilis spinale et l'encéphalite épidémique comme en témoignent les cas rapportés ici. Il serait certes bien imprudent de conclure à l'origine exogène de tous les cas de sclérose latérale amyotrophique mais, avec Van Bogaert, Wimmer pense que la maladie de Charcot apparaît comme un syndrome plus voisin des poliomyélites que des affections hérédo-dégénératives ou abiotrophiques. Il rappelle à ce sujet le cas anatomo-clinique de Foix, forme de transition entre la poliomyélite antérieure chronique et la sclérose latérale amyotrophique. Raymond Garcin.

Auguste Wimmer. *L'épilepsie dans l'encéphalite épidémique chronique* (*Acta Psychiatrica et Neurologica*, tome III, fasc 4, 1928). — Dans cet important travail, Wimmer rapporte 21 observations personnelles de crises d'épilepsie au cours de l'encéphalite épidémique chronique. Si l'on connaît l'épilepsie parmi les manifestations initiales de l'encéphalite épidémique à sa phase aiguë, la persistance et l'apparition du mal comitial au cours des formes prolongées de la névraxite semblaient jusqu'ici avoir retenu très peu l'attention.

D'ailleurs, il convient d'être prudent avant d'assigner une origine encéphalitique aux faits de cet ordre et, comme Wimmer y insiste, il faut s'assurer


Hyperchlorhydrie
Gastralgies-Dyspepsies
Ulcérations gastriques
Fermentations acides
SEL DE HUNT
Véritable "SEL DE HUNT"
TENIR AU SEC
EVITER LES CONTREFAÇONS
EXIGER LA BANDE DE GARANTIE
ANTI-DYSPEPTIQUE
ANTI-GASTRALGIQUE
SEL DE HUNT
COMPOSÉ
GRANULÉ FRIABLE
Laboratoire ALPH BRUNOT
16 Rue de Boulainvilliers _ PARIS
CHASSIN Pharmacien-Chimiste
LABORATOIRES
ALPH. BRUNOT
16, rue de Boulainvilliers
PARIS

qu'il n'existe chez ces malades aucun antécédent ou équivalent antérieur de mal comitial et il importe de dépister l'alcoolisme, la syphilis, un traumatisme cranien, une tare cardiaque ou rénale, ou l'hypertension artérielle. C'est l'absence contrôlée de ces facteurs étiologiques habituels, mise en regard des antécédents d'encéphalite, des stigmates tardifs habituels de cette affection, qui constitue la preuve décisive de l'origine encéphalitique des cas observés.

A cet égard, les 21 observations rapportées ici peuvent être réparties en deux groupes. Dans 11 cas, les accès sont intimement associés à des symptômes neurologiques ou psychiques du type encéphalitique (signes oculaires, paralysie des mouvements associés, de l'accommodation, de la convergence, névrite rétrobulbaire ; tremblement, myoclonies ; troubles végétatifs, adiposité, polyurie, polydipsie ; persistance d'épisodes fébriles ; reprise de la somnolence ; plus rarement syndrome parkinsonien).

Dans l'autre groupe, concernant 10 cas, W. rassemble des faits d'épilepsie isolée, monosymptomatique, où le diagnostic étiologique repose sur un épisode de grippe infectieuse ou la constatation de quelques-uns des signes précédents, plus ou moins estompés, enfin sur les caractères du liquide céphalo-rachidien.

Chacune des observations rapportées est suivie d'un commentaire où W. s'attache à discuter et à réfuter les autres facteurs étiologiques qui pourraient être soulevés. Et, à l'occasion d'un de ces cas, W. rappelle la part qui revient à l'encéphalite dans le déterminisme de certaines hémorragies méningées spontanées des sujets jeunes.

Pour ce qui est de leur tableau clinique général, ces épilepsies apparaissent soit immédiatement après l'épisode léthargique initial, soit après un intervalle libre de plusieurs années, huit ans même dans un cas. Il peut être très difficile alors de retrouver l'épisode infectieux initial et s'il n'existe aucune des autres séquelles encéphalitiques, le diagnostic peut être très délicat. Il faut toujours penser à l'encéphalite épidémique en présence d'une épilepsie inattendue sans hérédité, sans manifestations antérieures, en apparence primitive. L'encéphalite vient de nos jours confirmer la part qui revient aux maladies infectieuses dans la genèse de l'épilepsie essentielle, comme Pierre-Marie y a insisté le premier.

Les attaques d'épilepsie peuvent revêtir le type jacksonien mais elles ne tardent pas à se généraliser. Les convulsions peuvent être purement toniques ou cloniques, le plus souvent elles revêtent le type tonico-clonique. Les paralysies post-paroxystiques sont rares, tout se borne à une obnubilation de la conscience ou un certain degré de confusion mentale après la crise. Mais l'affaiblissement démentiel si particulier au cours de l'évolution des autres épilepsies, comme les troubles psychiques si fréquemment rencontrés au cours de l'encéphalite sont rarement observés ici ; ces épilepsies sont par ailleurs très réfractaires aux traitements habituels.

L'épilepsie post-encéphalitique est l'expression d'une infection encore active ainsi qu'en témoigne l'éclosion ultérieure des autres séquelles de la maladie.

La physio-pathologie de cette épilepsie est du plus grand intérêt. Si, dans certains cas, l'association de l'épilepsie à une hémiplégie ou une monoplégie suggère un point de départ cortical, dans la majorité des observations, l'épilepsie post-encéphalitique est associée à des troubles végétatifs, choréiques, myocloniques, généralement rapportés à une atteinte hypothalamique ou striée. Il est possible, dans ces cas, que la crise épileptique soit la traduction d'une lésion primitive des ganglions de la base. Au cours du parkinsonisme post-encéphalitique, d'ailleurs, Foerster, Schuster, Spiller, Wimmer ont décrit ces épilepsies sous-corticales dites striées ou extra-pyramidales. Mais dans celles-ci, les crises sont presque toujours du type tonique, vérifiant les idées de Ziehen, Horsley, François-Franck et Monakow sur l'origine infra-corticale de la phase tonique, l'irradiation corticale secondaire étant responsable de la phase clonique.

Pour Wimmer, les attaques clonico-toniques résultent de la coopération des étages nerveux corticaux et sous-corticaux, de même que les mouvements choréiques ou athétosiques. Le corps strié n'est qu'une partie d'un vaste système cérébello-rubro-thalamo-frontal et ce sont les interactions morbides de ces différents centres qui conditionnent et orientent le type séméiologique des différents mouvements involontaires.

Raymond Garcin.

ACTA SOCIETATIS MEDICORUM FENNICÆ « DUODECIM »
(*Helsingfors*)

Y. W. Salminen. ***La réaction de Wassermann dans le sérum des lépreux; recherches sur le liquide céphalo-rachidien dans la lèpre*** (*Acta Societatis medicorum fennicæ* « Duodecim », tome X, nos 1-2, 1928). — S. a recherché en série la réaction de Wassermann dans le sérum de 43 lépreux, dont 19 atteints de lèpre tuberculeuse, 8 de lèpre mixte et 16 de lèpre maculo-anesthésique. Il a employé comme antigène l'extrait alcoolique de cœur de bœuf. Dans toutes les formes de lèpre tuberculeuse et mixte, la réaction semble pouvoir se montrer positive à n'importe quel stade de la maladie; par contre, elle est constamment négative dans les cas de lèpre maculo-anesthésique pure.

La réaction de Wassermann du sérum des malades atteints de lèpre tuberculeuse ou de lèpre mixte varie notablement dans son intensité et, selon toute vraisemblance, dépend dans une grande mesure de l'évolution et du développement de la maladie. Plus celle-ci se manifeste de façon aiguë, et plus la réaction est forte, tandis que cette dernière peut devenir complètement négative durant les rémissions de l'affection.

Depuis longtemps, maints auteurs, tels que Babes, Hansen, Jeanselme, etc., se sont efforcés de rayer la dénomination de lèpre mixte, en raison de l'absence de caractéristiques cliniques spéciales. Sérologiquement aussi, lèpre tuberculeuse et lèpre mixte se confondent et S. estime que tout cas douteux de lèpre maculo-anesthésique doit être rangé incontestablement parmi la lèpre tuberculeuse lorsque, la syphilis étant exclue, la séro-réaction de Wassermann est positive. A son avis, il n'y a donc que 2 formes de lèpre : la forme tuberculeuse et la forme maculo-anesthésique.

Les recherches de S. sur le liquide céphalo-rachidien de lépreux établissent que des modifications pathologiques surviennent de temps en temps, se traduisant par une augmentation du nombre des cellules (lymphocytose en règle générale) et de l'albumine (réactions de Nonne et de Pandy positives). Ces modifications sont minimes d'ordinaire et vraisemblablement en rapport avec les altérations pathologiques des centres nerveux, signalées chez les lépreux par divers auteurs. Elles peuvent se montrer dans toutes les formes de lèpre, mais semblent plus fréquentes dans la lèpre maculo-anesthésique. La réaction de Wassermann a toujours été négative. En pratique, l'examen du liquide céphalo-rachidien des lépreux ne présente pas une grande importance. Toutefois il peut aider dans certains cas à différencier la lèpre de la syringomyélie où le liquide est toujours normal, tandis qu'il présente de temps en temps des modifications pathologiques au cours de la lèpre.

P.-L. Marie.

VRATCHEBNOÏÉ DÉLO
(*Kharkov*)

K. G. Abramowitch. ***Du traitement de l'ulcère d'estomac d'après la méthode de Jarotzky*** (*Vratchebnoïé Délo*, tome XI, no 12, 1928). — Quoique les premières publications de Jarotzky remontent à 1910, elles ne commencent que maintenant à être connues à l'étranger. Il s'agit d'une méthode de traitement de l'ulcère de l'estomac qui préconise un régime diététique spécial. D'après l'auteur, il faut donner les blancs d'œufs, à jeun, et du beurre frais ainsi que des bouillies de farine, au courant de la journée. Les aliments, ainsi choisis, permettent d'offrir un maximum de calories, à l'organisme, et de ne demander, à l'estomac, qu'un travail relativement minime. Après un certain temps, à la suite de la diminution de la sécrétion gastrique, de l'absence de toute irritation de la muqueuse stomacale, du volume réduit des aliments et de leur très court séjour dans l'estomac, l'ulcération se trouve dans des conditions favorables à la guérison.

Dix malades, sur une série de 30, traités par la méthode de Jarotzky, confirment sa valeur. On prescrivait, le premier jour, 2-3 blancs d'œufs, 40 à 60 gr. de beurre et 1/2 à 2 verres d'eau bicarbonatée (0,5 pour 100). Les jours suivants, les blancs d'œufs et le beurre étaient progressivement augmentés. Une purée de pommes de terre et une bouillie de semoule venaient de s'ajouter après plusieurs jours. Vers cette époque, la quantité du beurre devait atteindre 120 à 160 gr. Il est à retenir que les biscottes n'étaient autorisées que quelques semaines après le début de la cure.

L'examen clinique montrait une amélioration, visible et appréciable. La tuméfaction dans la région épigastrique diminuait, en général, 3-4 jours après le commencement du traitement. Les phénomènes observés à la palpation expliquaient l'atténuation, voire même la disparition de douleurs, parfois très intenses. L'état général, qui paraît s'aggraver 4-5 jours après le début de la cure, s'améliore de nouveau dans des proportions satisfaisantes. En ce qui concerne l'appétit, l'on constate qu'il est plutôt faible. La soif est intense, mais on arrive à la calmer avec 1-2 verres d'eau et un peu de thé sucré.

La quantité des urines baissait dès les premiers jours et la densité augmentait. On notait également l'apparition de l'acétone, qui, toutefois, disparaissait à mesure que l'on introduisait, dans l'alimentation, des hydrates de carbone. Ces derniers avaient un effet bienfaisant sur le poids qui bientôt dépassait le taux primitif.

A., partisan de la méthode de Jarotzky, estime, cependant, qu'il est nécessaire de la modifier en introduisant, dans le régime alimentaire, dès le premier jour, des hydrates de carbone. De cette façon, on évitera certains écueils tout en tirant le profit voulu.

G. Ichok.

E. Carapetian. ***Du chimisme gastrique chez les paludéens*** (*Vratchebnoïé Délo*, tome XI, no 12, 1928). — Les malades, atteints de paludisme, présentent une série de troubles du chimisme gastrique qu'il ne faut pas méconnaître, et que l'on peut traiter avec succès. D'après C., qui cite une statistique de 53 cas, presque tous ses malades accusaient au début des troubles gastro-intestinaux : anorexie, nausées, lourdeur dans la région épigastrique, douleurs spasmodiques à la hauteur de l'ombilic.

Le contenu stomacal présentait, chez les paludéens examinés, l'aspect d'une bouillie mal digérée, enrobée de mucus, qui, placée dans un verre, formait deux couches d'importance inégale : la partie solide, composée de particules, était de beaucoup plus grande que le liquide. L'acidité totale était nettement augmentée. Toutefois, au moment de l'accès, l'acidité tombait au-dessous du taux normal habituel.

Le traitement par la quinine entraîne une amélioration de symptômes morbides, mais à condition de combiner l'administration par voie buccale avec les injections intraveineuses. Il est souvent préférable de commencer par des injections intraveineuses de quinine pour continuer, quelques jours plus tard, avec la méthode mixte. De cette façon, on évitera les nausées, les vomissements, l'accentuation des douleurs épigastriques, les vertiges et le bourdonnement d'oreilles observés fréquemment en cas d'utilisation exclusive de la voie buccale.

G. Ichok.

A. E. Tscherbak. ***De la lutte contre la dystrophie musculaire progressive d'origine végétative*** (*Vratchebnoïé Délo*, tome XI, no 12, 1928). — T. a eu l'occasion d'étudier au cours d'une période de 7 ans divers cas de dystrophie musculaire progressive

dont l'origine est à rechercher dans l'hypoplasie congénitale et souvent familiale du système endocrino-végétatif. La supposition s'est trouvée confirmée par le traitement, qui avait pour but de remédier aux troubles de glandes à sécrétion interne et du système neuro-végétatif.

L'administration des extraits pluriglandulaires doit, d'après T., être suivie des applications locales du courant de haute fréquence et de la ionophorèse du calcium afin d'agir directement sur les terminaisons de nerfs végétatifs dans les muscles lésés. La ionophorèse paraît surtout être efficace si l'on prend en considération les recherches expérimentales qui prouvent la rétention du calcium par le muscle.

Le courant, employé pour la ionophorèse a une force de 40 milliampères (0,25 milliampères par cmq) et la durée est de 20 minutes. Le chlorure de calcium est employé dans une solution à 2 pour 100 (anode).

Après 15 séances, les résultats atteints sont frappants. Il faut encore un certain temps pour se prononcer sur la durée de succès encourageants enregistrés, mais l'on peut déjà dire que, vu l'absence de toute toxicité des ions de calcium, la ionophorèse s'impose comme méthode thérapeutique.

G. Ichok.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE

(Chicago)

S. A. Agatston. *Les modifications du fond d'œil, indice précis de l'artériosclérose* (*Archives of internal Medicine*, tome XLII, nº 4, Octobre 1928). — Chez 100 malades atteints d'affections cardiovasculaires, A. a confronté les résultats donnés par par l'étude de la pression sanguine, du chimisme du sang et du fonctionnement rénal avec les renseignements fournis par l'examen du fond d'œil.

Voici les conclusions de son enquête :

Le niveau de la pression sanguine est généralement en raison directe des modifications des artères rétiniennes, de même que le degré de l'azotémie. Dans certains cas, l'hypertension peut exister avec une urée sanguine et une fonction rénale normale.

Dans les cas avancés d'artériosclérose rétinienne, l'urine n'est jamais normale (présence d'albumine ou de cylindres), tandis qu'elle l'est souvent dans l'artériosclérose commençante ou modérée.

En présence d'artères rétiniennes normales, l'hypertension qu'on peut rencontrer reconnaît en général une cause fonctionnelle (spasme des artères) et s'accompagne d'ordinaire d'un chimisme sanguin et d'un fonctionnement rénal normaux.

Dans le cas de fibrillation auriculaire, la pression sanguine est fréquemment plus élevée que ne le laisserait supposer l'aspect des artères rétiniennes.

Les sujets qui présentent une artériosclérose rétinienne commençante et modérée sans hypertension très élevée peuvent être atteints d'hémiplégie ou d'angine de poitrine, ces manifestations étant probablement dues soit au spasme artériel, soit à la thrombose d'une branche artérielle ou veineuse.

En présence de bonnes artères, la rétinite reconnaît pour cause la toxémie ou des modifications du chimisme sanguin telles qu'on en rencontre dans le diabète. Elle ne s'accompagne pas nécessairement d'hypertension. Elle n'influe pas sur le pronostic, si l'état général est soigneusement surveillé.

Les thromboses des veines donnent au fundus l'apparence trompeuse de l'artériosclérose avancée, mais l'examen minutieux des vaisseaux des deux yeux permettra de reconnaître plus exactement l'état réel des artères.

Les modifications initiales des artères rétiniennes passent souvent inaperçues, et même de bien des ophtalmologistes, et les comptes-rendus de l'examen du fond d'œil sont fréquemment trompeurs ou insuffisants à cet égard.

Les spasmes artériels chez le sujet normal et dans les cas initiaux peuvent reconnaître une origine toxique. Les cliniciens pourraient alors s'attaquer à la cause et essayer d'abaisser la pression artérielle pour le plus grand bénéfice de leurs patients.

A. insiste sur l'importance de la collaboration étroite du médecin et de l'ophtalmologiste dont les examens du fundus peuvent apporter au diagnostic et au pronostic une aide précieuse, encore trop négligée aujourd'hui.

P.-L. Marie.

R. H. Durham. *Sclérodermie et concrétions calcaires sous-cutanées* (*Archives of internal Medicine*, tome XLII, nº 4, Octobre 1928). — Bien que l'association de sclérodermie et de concrétions calcaires sous-cutanées soit peu fréquemment rencontrée, le nombre de cas qui ont été rapportés est suffisant pour faire penser qu'il s'agit là d'une entité pathologique distincte. Le siège habituel des dépôts calcaires, leur type très caractéristique, leur localisation ordinaire dans les zones de sclérodermie concourent à appuyer cette conception.

Aux 9 cas relatés par Thibierge et Weissenbach en 1911, D. en ajoute 14 nouveaux dont un personnel. Il s'agit d'une femme de 67 ans, atteinte depuis 37 ans d'une ulcération récidivante de la partie inférieure de la jambe droite, qui s'accompagna de l'apparition de petites aires d'une consistance osseuse dans le derme et l'hypoderme, qui donnèrent ensuite lieu par confluence à la production de larges plaques autour et au-dessous des ulcérations tandis que les tissus de la partie inférieure de la jambe s'épaississaient et devenaient scléreux. D'autres zones de sclérodermie, avec de petits points calcifiés, existaient au front. Ni syphilis, ni tuberculose, ni varices. La radiographie montrait d'innombrables dépôts calcaires dans la moitié inférieure des deux jambes, et des nodules de même nature autour de nombreuses articulations. La calcémie était de 7 milligr. 4, donc inférieure à la normale. La malade, qui était atteinte de néphrite, succomba à l'urémie. L'autopsie montra une artériosclérose généralisée avec calcification étendue des artères, de la mitrale et de la partie adjacente du myocarde, un adénome colloïde et de vieilles cicatrices de la thyroïde. Les parathyroïdes étaient normales histologiquement.

Les concrétions calcaires sous-cutanées peuvent se rencontrer dans la plupart des formes de sclérodermie. Dans 4 des cas publiés de sclérodermie avec concrétions calcaires sous-cutanées, il y avait, en même temps, de la sclérodactylie. Dans 3 cas de sclérodactylie avec nodules calcaires, il n'existait pas de sclérodermie décelable.

Les dépôts calciques apparaissent d'ordinaire à la suite des modifications de la peau; cependant, ils se montrent parfois indépendamment des troubles trophiques cutanés. Tantôt réduits à un point minuscule (« sable osseux »), tantôt formant de larges plaques confluentes, ils siègent habituellement dans le tissu sous-cutané, mais parfois aussi dans le derme même, pouvant être expulsés à travers la peau. Les tissus mous des phalanges et la région de l'olécrane sont un des sièges de prédilection. Les lésions inflammatoires locales ne semblent pas, en général, intervenir dans leur genèse. Ils sont constitués par du phosphate et du carbonate de chaux et ne renferment jamais d acide urique.

Le dosage du calcium du sang total et du sérum n'indique pas de modification constante, et il n'y a pas de sursaturation habituelle du sang par les sels de calcium comme on admet qu'il en existe dans la calcification métastatique. La « calcinose » de la sclérodermie diffère essentiellement de la goutte, de l'ostéogenèse véritable et de la calcification métastatique.

La calcinose de la sclérodermie ne paraît pas résulter d'un trouble parathyroïdien, ni d'une calcification métastatique, ni d'une simple précipitation chimique du calcium. Il semble plutôt s'agir d'un trouble physico-chimique où les protéines colloïdales jouent un rôle prépondérant. La conception de Thibierge et Weissenbach (formation de tissu conjonctif plus ou moins dense, suivie de dégénérescence colloïde favorisant le dépôt des sels de chaux) reste séduisante, mais encore mal étayée.

P.-L. Marie

W. W. Duke. *L'épreuve de la couleur des paumes* (*Archives of internal Medicine*, tome XLII, nº 4, Octobre 1928). — Au dire de D., la comparaison de la couleur de la paume de la main d'un malade avec celle d'un sujet normal constitue une épreuve clinique, simple et pratique, qui permet de reconnaître le degré d'anémie ou de pléthore, et avec une précision telle qu'un médecin entraîné peut déceler un gain ou une perte de 200 cmc de sang reçu par transfusion ou soustrait par saignée. Cette épreuve offrirait maints avantages sur les numérations globulaires et les déterminations d'hémoglobine qui ne tiennent pas compte de la masse sanguine dont l'évolution est difficilement réalisable en pratique, et sujette d'ailleurs à des erreurs.

D. a choisi la paume de la main comme terme de comparaison, à cause de sa couleur remarquablement constante dans les conditions courantes chez un individu donné, ce qui tiendrait à ce qu'elle prend une moindre part à la régulation de la perte de la chaleur corporelle que d'autres surfaces et à ce qu'elle ne change pas sensiblement de couleur sous l'influence de la température, de l'exercice ni des émotions.

Il faut d'abord pour réaliser l'épreuve que la paume du médecin ait une couleur normale, ce qu'on juge par comparaison avec la paume d'un adulte jeune et bien portant. Sinon, il faudrait choisir la paume d'une autre personne pour faire la comparaison. La main du malade et celle du témoin, tous les deux assis ou debout, sont tenues demi-fléchies et à la hauteur de pointe du cœur ou un peu au-dessus, jusqu'à ce qu'on constate une couleur invariable. La peau de la paume ne doit pas être tendue.

La couleur des paumes n'est guère influencée que par l'anémie et la pléthore, d'après la grande expérience de D., et l'épreuve permet de reconnaître de faibles différences d'avec la normale dans la quantité d'hémoglobine présente dans la circulation générale. La comparaison faite pendant et après la transfusion du sang ainsi que pendant et après saignée, serait le guide le plus sûr pour décider si, oui ou non, on a introduit ou retiré une quantité convenable de sang. La présence de taches blanches et rouges peut gêner la comparaison; il suffit d'élever un peu les mains au-dessus du niveau du cœur pour les faire disparaître. L'ictère et la cyanose (maladie de Raynaud, engelures, etc.), la desquamation de la paume, certaines dermatoses, l'état de shock ou la syncope, l'anémie pernicieuse peuvent donner lieu à des difficultés d'appréciation et à des résultats inexacts.

P.-L. Marie.

R. S. Rowland. *Xanthomatose et système réticulo-endothélial; corrélation d'un groupe non identifié de cas décrits sous la dénomination de lacunes des os membraneux, exophtalmie et diabète insipide* [*syndrome de Christian*] (*Archives of internal Medicine*, tome XLII, nº 5, Novembre 1928). — Dans ce gros mémoire, R. rapporte 2 nouveaux cas d'un syndrome très remarquable, caractérisé par l'association de lacunes dans les os membraneux, d'exophtalmie et de diabète insipide.

Dans le premier cas, il s'agit d'un garçon de 5 ans qui, à l'âge de 2 ans, présente au niveau de l'occipital, puis du pariétal et du frontal, des tuméfactions molles correspondant radiologiquement à des pertes de substance étendues, de forme circulaire. Il n'existait pas de signes de syphilis ni de modifications du liquide céphalo-rachidien. Les yeux devinrent très saillants, surtout le droit, sans offrir de lésion du fond d'œil, tandis que les tuméfactions craniennes se développaient. Il avait un écoulement d'oreille bilatéral. La taille de l'enfant était très inférieure à la normale. Il mourut à 5 ans à la suite d'une faiblesse progressive et de défaillance du cœur consécutive à des accidents pulmonaires subaigus. L'autopsie montra un tissu jaune clair, granulomateux, semi-caséeux, gommeux et élastique, remplissant les pertes de substance cranienne et paraissant se continuer avec la dure-mère. La base du crâne, en particulier dans la région de l'hypophyse, était largement détruite par ce tissu qui s'étendait jusque dans les orbites et avait, du côté du temporal, fait disparaître

les membranes du tympan. Des plaques jaunes semblables furent trouvées dans l'os iliaque et sous le périoste de la 1re vertèbre lombaire. Le poumon présentait l'aspect d'une broncho-pneumonie chronique. L'examen histologique montra dans la thyroïde, les surrénales, le foie, les poumons et la plèvre une prolifération du tissu réticulo-endothélial, accompagnée de surcharge lipoïdique des cellules qui rappelaient les cellules écumeuses du xanthome. Les plaques de la dure-mère étaient formées par des masses de cellules du type réticulo-endothélial renfermant des lipoïdes biréfringents et des cristaux de cholestérine.

Le second malade âgé de 6 ans, à la suite d'une chute faite à 2 ans, présenta une tuméfaction molle considérable du frontal, puis du pariétal avec perte de substance osseuse accompagnée de polydipsie et de polyurie (9 litres). Légère exophtalmie à gauche. Pas d'autres troubles appréciables. La radiographie montre des pertes de substance multiples dans les os du crâne, des lacunes dans la 5e côte et l'os iliaque droits. Sous l'influence d'un régime pauvre en lipoïdes avec adjonction de thyroïde et de lobe antérieur d'hypophyse, l'état général est devenu satisfaisant; la cholestérinémie, de 3 gr. 15 pour 1.000 au début, est tombée à 1 gr. 11; certaines pertes de substance osseuse du crâne sont en voie de réparation; l'exophtalmie a beaucoup diminué ainsi que la polyurie.

De ces cas R. en rapproche 12 autres, dont certains étiquetés sous le nom de syndrome de Christian. Ces 14 cas, tous survenus dans la première enfance, offrent des rapports étroits avec d'autres cas analogues catalogués comme xanthomes. Ils représentent tous une forme de xanthomatose viscérale généralisée dans laquelle de nombreuses parties du système réticulo-endothélial présentent une surcharge lipoïdique ou de l'hyperplasie des cellules lipoïdiques. On trouve ces processus sous forme diffuse dans les cellules interstitielles des divers organes, surtout le poumon, le foie, les ganglions, la moelle osseuse et la rate, ainsi que sous forme de nodules produits aux dépens du tissu conjonctif aréolaire, en particulier de la dure-mère, du périoste, de la plèvre et du péritoine. Ces modifications pathologiques résultent d'un trouble dans le métabolisme des lipoïdes.

D'après R., les lipoïdes et les diverses substances en excès dans les humeurs deviennent pathogènes pour l'organisme. Il y a d'abord irritation des parois vasculaires, puis infiltration des cellules périvasculaires, les lésions progressent par suite du blocage du système réticulo-endothélial. La réaction hyperplasique représente un effort compensateur de l'organisme qui cherche à débarrasser ses humeurs de substances qu'il ne peut convenablement excréter et qui l'irritent. Le traumatisme ou l'inflammation peuvent rendre compte de la localisation spéciale dans ces cas.

On a souvent invoqué une prédisposition congénitale comme cause de l'excès de lipoïdes dans les humeurs, mais ce n'est pas encore prouvé. Cet état semble bien, par contre, pouvoir résulter de fautes dans le régime alimentaire, au même titre que la goutte calcaire et urique.

L'ensemble des cas rapportés forme véritablement un groupe nosologique qui rassemble diverses affections du métabolisme lipoïdique. Ainsi, la maladie de Niemann est un xanthome généralisé à développement rapide de la première enfance, tandis que la maladie de Gaucher représenterait une infiltration de lipoprotéines plus complexes. Cette étude suggère que dans les cas de xanthome associés au diabète ou à la glycosurie, à l'ictère et aux troubles hépatiques, ainsi qu'à certaines affections du rein, ces symptômes sont secondaires à l'hyperplasie des cellules lipoïdiques et le résultat d'un trouble primitif du métabolisme des lipoïdes.

Ces divers états diffèrent dans leur expression clinique, dans la structure des lésions, dans la nature des lipoïdes en cause, mais tous représentent la même prolifération des éléments du tissu conjonctif irrité (hyperplasie réticulo-endothéliale).

La destruction des os, l'exophtalmie, le diabète insipide, l'infantilisme et le nanisme, souvent présents et considérés comme l'expression d'un trouble fonctionnel hypophysaire, sont les résultats de cette modification pathologique. La dystrophie adiposogénitale peut reconnaître la même cause. La dysfonction hypophysaire résulte de l'hyperplasie des cellules lipoïdiques et cette pathogénie suggestive qui attribue un rôle aux réactions cellulaires du système réticulo-endothélial peut s'appliquer sans doute à d'autres affections des glandes endocrines. Envisagée de ce large point de vue, cette affection du métabolisme lipoïdique, « goutte lipoïdique », n'est aucunement un état pathologique exceptionnel.

P.-L. Marie.

C. E. Forkner, A. R. Shands et M. A. Poston. *Le liquide synovial dans les arthrites chroniques : bactériologie et cytologie* (*Archives of internal Medicine*, tome XLII, n° 5, Novembre 1928). — F., S. et P., de Johns Hopkins Hospital, ont confronté les données de la clinique, de la bactériologie et de la cytologie dans 63 cas d'arthrite chronique (à l'exclusion des arthropathies syphilitiques et tuberculeuses), dont 52 du type infectieux, 9 du type hypertrophique et 2 du type mixte, la plupart polyarticulaires, tous présentant des signes cliniques d'activité plus ou moins grande.

Des cultures furent obtenues dans 22 pour 100 des cas avec l'exsudat articulaire; 11 fois, il s'agissait de *Str. viridans*, 2 fois de gonocoque, 1 fois de staphylocoque doré. Chez 21 malades, les ganglions régionaux furent excisés ou ponctionnés; les cultures réussirent dans 10 cas (48 pour 100), donnant du *Str. viridans* dans 9 cas et du gonocoque dans 1 cas. Ainsi, en dehors de la tuberculose et de la syphilis, on trouve, dans un pourcentage de cas élevé, un agent microbien dans les épanchements et les ganglions régionaux au cours des arthrites chroniques. D'autre part, dans les cas positifs, les cultures répétées permettent de retrouver le même agent dans la même jointure ou dans les autres articulations atteintes de la même façon. En outre, la présence du même agent dans l'exsudat et dans les ganglions, relevée dans 3 cas, indique bien que le microorganisme isolé est l'agent étiogique de l'arthrite.

Du point de vue cytologique, on trouve dans le liquide synovial une augmentation des globules blancs dans tous les cas. Le taux des leucocytes, lorsqu'il y avait une culture positive avec l'exsudat, se montra être environ le double de ce qu'il était dans les cas où la culture était stérile. Le nombre des polynucléaires neutrophiles était nettement plus élevé dans le groupe des arthrites à culture positive. Le nombre des mononucléaires et des lymphocytes se montra notablement plus élevé dans les cas à culture négative. Les cellules de l'endothélium synovial (cellules mésothéliales) ne se rencontrent pas constamment dans l'épanchement articulaire. Le taux des cellules mononucléées est voisin de celui indiqué par Chesney et Baetjer dans les arthrites chroniques syphilitiques. Il n'existe pas enfin de rapports décelables entre les modifications radiologiques et les constatations cytologiques.

P.-L. Marie.

J. T. King. *La sécrétine n'est pas un stimulant hématopoiétique* (*Archives of internal Medicine*, tome XLII, n° 5, Novembre 1928). — Downs et Eddy, puis Fujimoto, ont montré que la sécrétine présente dans l'extrait acide de muqueuse intestinale, injectée sous la peau et mieux encore dans les veines, provoque une augmentation marquée et rapide du nombre des hématies qui atteint jusqu'à 20 pour 100 1 heure après l'injection sous-cutanée de 1 centigr. par kilogramme et 40 pour 100 30 minutes après l'injection intraveineuse, le chiffre des globules retombant ensuite promptement à la normale. Ces auteurs, s'appuyant sur ces constatations, ont considéré la sécrétine comme un puissant stimulant des organes hématopoiétiques.

K. a pu confirmer ces résultats d'expérience, mais il montre ici que l'interprétation qu'on doit en donner est toute différente. Le caractère rapide et transitoire de l'augmentation plaide déjà contre la production de cellules nouvelles. De plus, cette augmentation des globules rouges ne s'accompagne d'aucun signe histologique de régénération sanguine, tel que l'accroissement des réticulocytes ou des hématies polychromatophiles, traduisant la suractivité des tissus hématopoiétiques. Cette augmentation apparente des hématies est due simplement à la concentration du sang, facteur auquel il faut toujours penser lorsqu'on fait des recherches de cette nature au moyen des numérations. D'autre part, les résultats obtenus dans des expériences prolongées pendant des semaines, si l'on tient compte des variations cycliques du taux des hématies chez le lapin, ne fournissent aucun appui pour soutenir que les animaux d'expérience présentent un chiffre plus élevé que les témoins. Par ailleurs, la concentration observée ne semble pas liée à la présence de la sécrétine, mais à certaines des nombreuses autres substances contenues inévitablement dans de tels extraits de tissus, et surtout aux protéoses, aux peptones et à l'histamine, qu'on sait provoquer une concentration considérable et passagère du sang, résultant en particulier de modifications dans la perméabilité des capillaires.

P.-L. Marie.

L. H. Newburg et A. C. Curtis *Production de lésions du rein chez le rat blanc par les protéines du régime* (*Archives of internal Medicine*, t. XLIII, n° 6, Décembre 1928). — N. a déjà montré qu'on peut produire des lésions rénales chez le lapin en le nourrissant avec de grandes quantités de diverses sortes de protéines. Mais on lui a objecté que les lésions rénales spontanées sont communes chez cet animal, que le lapin, étant un herbivore, se trouve ainsi soumis à un régime bien anormal et ne permettant pas de transposer chez l'homme les résultats obtenus.

Pour répondre à ces critiques, N. et C. se sont adressés au rat blanc, chez lequel certains expérimentateurs avaient décrit des altérations du rein, consécutives à un régime riche en protéines, tandis que d'autres n'avaient rien trouvé de semblable.

Comme sources de protéines, N. et C. ont utilisé la caséine, le muscle de bœuf, le foie de bœuf, les céréales et les légumineuses. Ils ont constaté que le degré des altérations était conditionné par le type de protéine, par la quantité présente dans la ration et par la durée du régime en question. Ainsi, un régime contenant 75 pour 100 de foie desséché produit un rein granuleux en moins d'un an, mais la même quantité de caséine donnée pendant seize mois ne cause que des lésions légères des tubuli. Une quantité semblable de muscle de bœuf produit un effet intermédiaire. La surface du rein reste lisse, mais les coupes montrent au microscope de nombreuses zones où l'on trouve des glomérules sérieusement altérés et des tubuli nécrosés enrobés dans du tissu fibreux.

Les différences de constitution des protéines quant aux amino-acides semblent être la raison de leur degré variable de toxicité pour le rein. Elles expliquent, d'autre part, les résultats dissemblables obtenus par les différents auteurs avec le régime riche en protéines chez le rat.

P.-L. Marie.

RÉPERTOIRE DE MÉDECINE PRATIQUE

Un classeur des **Répertoires de Médecine pratique** *est en vente à nos bureaux au prix de : France et étranger,* **9** *francs (envoi franco).*

(N° 480)

Vomissements cycliques infantiles

(*Traitement*) **VOMISSEMENTS CYCLIQUES**

Les vomissements cycliques (*cyclic vomiting* des Américains qui les ont individualisés), périodiques, à rechutes, avec acétonémie (A.-B. Marfan), sont plus fréquents dans la seconde que dans la première enfance. Cependant, leur début a été maintes fois signalé chez les nourrissons. L'enfant est pris brusquement, en pleine santé, de vomissements incoercibles, alimentaires d'abord, bilieux ensuite, exhalant ordinairement une odeur de chloroforme ou d'acétone. En même temps, on peut déceler dans les urines la présence d'acétone et d'acide diacétique. L'acétonémie, habituelle dans les vomissements cycliques, n'y est pas constante. D'autre part, elle se rencontre dans le diabète et d'autres circonstances pathologiques. Elle n'a donc pas une valeur pathognomonique. La crise de vomissements dure de un à deux ou trois jours; dans quelques cas, elle se prolonge sept à huit jours. Les malades, ne pouvant rien garder de ce qu'ils ingèrent, maigrissent rapidement et deviennent athrepsiques. En même temps, des symptômes nerveux peuvent s'ajouter à l'adynamie et à la déshydratation, au point que le diagnostic de méningite a été porté dans quelques cas (vomissements cycliques avec réaction méningée).

L'accès se termine aussi brusquement qu'il a commencé et le malade regagne promptement ce qu'il avait perdu. Après de cruelles alarmes, on assiste à une véritable résurrection. Les crises se reproduisent à des intervalles variables qui se chiffrent par des semaines, des mois, une année. La périodicité est loin d'être absolue. Dans l'intervalle des crises, santé parfaite.

Toutefois, certains enfants conservent une tendance aux troubles digestifs : appétit irrégulier, anorexie ou boulimie, cholémie, constipation, entérocolite, douleurs de ventre. Dans une statistique personnelle, la moitié des enfants en proie aux vomissements cycliques étaient atteints d'appendicite chronique et l'opération les a guéris. D'autres, opérés dans les mêmes conditions, ont continué à vomir. En pareil cas, on doit accuser l'arthritisme, le tempérament morbide héréditaire. La goutte, l'eczéma, la lithiase, l'obésité, la migraine, l'asthme se retrouvent dans l'ascendance; et, quand on peut suivre les enfants qui, pendant des années, ont présenté des vomissements cycliques, on voit ces vomissements disparaître aux approches de l'adolescence, pour être remplacés par la migraine ou par d'autres paroxysmes de la diathèse neuro-arthritique.

En présence d'une première crise de vomissements, le diagnostic sera hésitant : fièvre éruptive, fièvre typhoïde, pneumonie, méningite, appendicite. La terminaison brusque des vomissements, l'absence de fièvre ou son faible degré, l'examen négatif de tous les viscères, l'odeur acétonique de l'haleine lèveront les doutes. Enfin l'apparition des crises ultérieures confirmera pleinement le diagnostic de ce syndrome singulier.

1° L'enfant sera maintenu au lit, dans le calme, à l'abri d'une lumière trop vive et d'un entourage trop bruyant;

2° Il ne faut pas essayer de l'alimenter par la bouche; tout est en effet rejeté immédiatement. On se contentera de prescrire des boissons alcalines (eau de Vichy, eau de Vals) qui bien que rejetées agiront favorablement en lavant l'estomac;

3° Si l'enfant est par trop adynamié, on prescrira des lavements alimentaires, le goutte à goutte de sérum glucosé, les lavages intestinaux avec l'eau de Vichy pour combattre l'acidose (G. Vitry et H. Labbé);

4° Quand les vomissements auront cessé, on réalimentera progressivement l'enfant avec du lait écrémé, des bouillies à l'eau, du bouillon de légumes, puis des purées, pâtes et compotes;

5° Dans l'intervalle des crises, régime lacto-hydro-végétarien : lait, eau, purées, pâtes, légumes bien cuits, œufs frais sous bénéfice d'inventaire, salades cuites et fruits cuits, biscottes ou pain grillé. Après trois ans, on permettra, à un seul repas, un peu de viande rôtie, grillée ou poisson, en s'abstenant de sauces grasses, acides et épicées;

6° Bonne hygiène générale : aération, héliothérapie, douches chaudes et bains alcalins (125 à 250 gr. de carbonate de soude suivant l'âge), frictions sèches au gant de crins, matin et soir;

7° Usage de citrate de potasse, à doses fractionnées (2 à 3 gr. par jour) :

Citrate de potasse	2 gr.
Eau bouillie	120 gr.

Une cuillerée à café chaque deux heures, pendant dix jours;

8° Les dix jours suivants, un demi-verre d'eau de Vichy (Célestins) avant les deux principaux repas; puis recommencer la série. Traitement alcalin prolongé.

J. Comby.

RÉPERTOIRE DE MÉDECINE PRATIQUE

Un classeur des **Répertoires de Médecine pratique** *est en vente à nos bureaux au prix de : France et étranger,* **9** *francs (envoi franco).*

(N° 481)

Traitement des arythmies

(*Traitement*) **ARYTHMIES**

Le traitement des tachycardies et des bradycardies ayant fait le sujet d'autres répertoires, il ne sera question ici que des extrasystoles, de l'arythmie perpétuelle, du pouls alternant.

I. — *Traitement des extrasystoles.*

A. Dans un premier groupe de faits, *les extrasystoles sont d'origine fonctionnelle ou réflexe.* Il faut traiter la cause : aérophagie, dyspepsie, goutte, état névropathique.

1° *Régime mixte modéré*, en évitant :

Graisses et aliments gras, acidités et crudités, féculents et farineux ; coquillages, charcuterie, etc.

Manger lentement, diviser finement les aliments et bien mastiquer.

Un seul verre de boisson aux repas ; une tasse d'infusion d'anis étoilé à la fin ;

2° Supprimer le tabac, l'alcool, le thé, le café, le surmenage ;

3° *Psychothérapie* : affirmer l'absence de toute lésion cardiaque ;

4° *Hydrothérapie tiède* :

Tubs tièdes quotidiens.

Bains bi-hebdomadaires à 36°-38°, 12'-15' ;

5° Pendant dix jours, prendre chaque jour, le matin au réveil et le soir au coucher, une tasse à thé d'eau tiède additionnée d'une cuillerée à café de la poudre suivante :

Sulfate de soude	àà 5 gr.
Citrate de soude	
Phosphate de soude	
Bicarbonate de soude	
Lactose	180 gr.

Les dix jours suivants, on n'en prendra que tous les deux jours ; ensuite deux fois par semaine ;

6° Les dix jours suivants, prendre toutes les heures un comprimé de 1 centigr. de *gardénal* ;

7° Les dix jours suivants :

Bromure de sodium	10 gr.
Sirop d'écorce d'oranges amères	300 gr.

1 cuillerée à dessert 3 fois par jour au milieu du repas.

Les dix jours suivants :

Extrait de valériane	0 gr. 10

pour 1 pilule, 3 par jour en dehors des repas, avec une tasse d'infusion de feuilles d'oranger.

B. Dans un autre groupe de faits, les *extrasystoles sont lésionnelles* (myocardite avec localisation au niveau du septum interauriculo-ventriculaire) :

1° Comme précédemment, *suppressions des excitants, hydrothérapie tiède, médication sédative.* Ajouter :

Sulfate de spartéine	0 gr. 05

Pour 1 pilule. 2 par jour.

2° Ou bien : comprimés de sulfate de quinidine à 0 gr. 20 ; pendant deux semaines consécutives, un comprimé au début des trois repas ; puis cinq jours sans quinidine et reprendre, et ainsi de suite ; plus tard, une semaine d'intervalle sans quinidine ;

3° *Régime mixte réduit surveillé* avec cures de réduction temporaires : par exemple, un jour par semaine un litre de lait et quelques fruits ;

4° *Exercices modérés*, marche en terrain plat ;

5°	Teinture de scille	XX gouttes

3 fois par jour.

6° ou	Théobromine	0 gr. 50

Pour 1 cachet. 3 par jour.

7° *En cas de syphilis*, instituer le traitement spécifique

II. — *Tachyarythmie par arythmie perpétuelle.*

1° *Garder le lit* pendant quelques jours ;

2° *Régime alimentaire réduit* : petits repas régulièrement espacés ;

3° Prendre pendant trois jours, chaque jour XV gouttes de *digitaline cristallisée* au millième, ou de *solution d'ouabaïne Arnaud* à 4 pour 1000 (Nativelle) ;

4° Ensuite : *comprimés de quinidine* à 0 gr. 20.

Le premier jour : un comprimé. Augmenter d'un par jour jusqu'à six ou huit, ou même dix (jusqu'à régularisation du rythme). Maintenir la dose forte un ou deux jours, puis diminuer d'un comprimé tous les jours ou tous les deux jours jusqu'à 5 comprimés par jour ;

5° Pendant les trois semaines suivantes, prendre alternativement cinq jours, 5 comprimés de quinidine par jour, puis cinq jours, V gouttes de digitaline par jour. Ultérieurement, prendre les cinq premiers jours d'une semaine, 4 à 5 comprimés de quinidine par jour, et les cinq premiers jours de la semaine suivante, V gouttes de digitaline, et ainsi de suite.

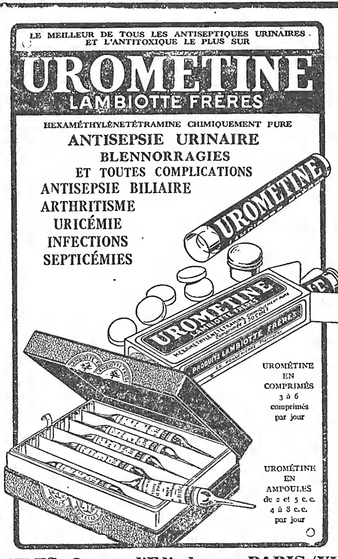
III. — *Pouls alternant.*

Repos absolu physique et intellectuel. Petits repas fréquents et régulièrement espacés. Prendre : strychnine, spartéine, glycérophosphate ; injections d'oxygène. Médication symptomatique contre l'insuffisance cardio-rénale, etc...

A. Lutier.



L'ASSÉCHANT BRONCHIQUE LE PLUS EFFICACE ET LE MIEUX TOLÉRÉ GASTRIQUEMENT
PERLES TAPHOSOTE
LAMBIOTTE FRÈRES
Dosées à 0 gr. 25 de tanno-phosphate de créosote.
(CRÉOSOTE 76 % — ACIDE PHOSPHORIQUE 19 % — TANIN 5 %)
BRONCHITES CHRONIQUES
CATARRHES
SÉQUELLES DES GAZ TOXIQUES
PRÉTUBERCULOSE
TUBERCULOSE PULMOMAIRE
MODE D'EMPLOI
PERLES TAPHOSOTE LAMBIOTTE FRÈRES
Dose moyenne : 5 perles par jour.



LE MEILLEUR DE TOUS LES ANTISEPTIQUES URINAIRES ET L'ANTITOXIQUE LE PLUS SUR
UROMETINE
LAMBIOTTE FRÈRES
HEXAMÉTHYLÈNETÉTRAMINE CHIMIQUEMENT PURE
ANTISEPSIE URINAIRE
BLENNORRAGIES
ET TOUTES COMPLICATIONS
ANTISEPSIE BILIAIRE
ARTHRITISME
URICÉMIE
INFECTIONS
SEPTICÉMIES
UROMETINE
UROMÉTINE EN COMPRIMÉS 3 à 6 comprimés par jour
UROMÉTINE EN AMPOULES de 2 et 5 c.c. 4 à 8 c.c. par jour

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR

(*Paris*)

C. Levaditi, V. Sanchis Bayarri, R. Schœn et **Y. Manin.** ***Etude expérimentale des bismuths liposolubles*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, tome XLII, nº 12, Décembre 1928). — L. et ses collaborateurs ont étudié la toxicité sur le lapin de quelques dérivés bismuthiques, liposolubles, leur action thérapeutique sur la spirochétose spontanée du lapin, leur mode de résorption et d'élimination et leur action préventive contre la tréponémose expérimentale du lapin.

Ils concluent que les bismuths liposolubles se placent entre les sels solubles et les dérivés insolubles du bismuth. Les bismuths lipsolubles ont la rapidité de résorption et la grande activité tréponémicide des sels solubles. Leur solvant huileux constitue un dépôt local dont l'assimilation progressive et totale assure une action curative profonde et durable. Mais la durée de la prévention exercée par les bismuths liposolubles est manifestement inférieure à celle de la prophylaxie par les dérivés insolubles.

Ces faits expérimentaux montrent l'intérêt que présente cette forme de bismuth au point de vue thérapeutique aux diverses périodes de la syphilis.

Robert Clément.

L. Cotoni et **N. Chambrin.** ***Recherches sur l'hémolysine pneumococcique*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, tome XLII, nº 12, Décembre 1928). — Les changements de coloration des milieux de culture additionnés de sang, ensemencés de streptocoques ou de pneumocoques, ont fait l'objet de nombreuses recherches.

C. et C. étudient particulièrement l'hémolysine pneumococcique et la comparent à la streptococcique.

In vitro, on peut mettre en évidence l'action hémolytique des streptocoques par de nombreux procédés. Les résultats dépendent étroitement de la composition des milieux de culture, la gélose au sang constituant un milieu propice à l'étude et au titrage du pouvoir hémolytique du pneumocoque.

In vivo, on n'observe pas l'hémolyse pneumococcique ou tout au moins on ne peut affirmer son existence.

Les humeurs animales exercent un rôle empêchant sur la production de l'hémolysine et sur sa mise en évidence.

L'hémolysine semble être contenue dans les corps microbiens et passerait de là dans le milieu ambiant avant de se fixer sur les hématies.

Le pouvoir hémolytique est une propriété très répandue chez les pneumocoques. Sur 35 échantillons fraîchement isolés, 4 seulement en étaient dépourvus. Il est constant et accusé chez les pneumocoques du type II, variable chez les pneumocoques I ou inagglutinables.

Les échantillons pathogènes pour le lapin sont presque tous franchement hémolytiques; la réciproque n'est pas toujours vraie. L'intensité du pouvoir hémolytique passe avec l'échantillon observé.

Le sérum contient une autohémolysine. L'indice hémolytique est le nombre d'unités antihémolytiques contenues dans 1 cmc de sérum.

Les sérums préparés contre le pneumocoque ont un pouvoir antihémolytique spécifique. Les sérums antiperfringens sont presque aussi actifs que les sérums antipneumococciques, alors que les sérums antitétanique, antivibrion, antivenimeux n'ont qu'une action faible.

Par ses propriétés, l'hémolysine pneumococcique se rapproche des toxines et des diastases.

Robert Clément.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE

S. A. Gammeltoft. ***Sur les résultats de l'accouchement prématuré provoqué dans les bassins rétrécis.*** — **E. Hauch.** ***Sur l'accouchement prématuré provoqué dans les cas de dystocie.*** — **Viggo Esmann.** ***Sur 65 cas d'accouchement prématuré provoqué dans les bassins rétrécis*** (*Gynécologie et Obstétrique*, tome XVIII, nº 5, Novembre 1928). — Nous analyserons, parallèlement, trois mémoires qui sont dus à d'éminents accoucheurs exerçant dans la ville de Copenhague et qui tendent à rendre à l'accouchement prématuré provoqué une place dans le traitement de la dystocie osseuse.

Date de l'intervention. — Il convient de déterminer soigneusement le moment où devra être pratiquée l'intervention.

« En revisant nos observations, dit Gammeltoft, nous voyons que, dans la grande majorité des cas, le poids des enfants variait de 2.500 à 2.800 gr., et parmi les enfants morts, il n'y en a qu'un pesant moins de 2.400 gr.; son poids était de 2.050 gr., et même dans ce cas, auquel je reviendrai plus loin, il n'y a pas lieu de penser que la mort de l'enfant soit due à son manque de développement. Il me paraît donc peu probable qu'on risque d'anticiper sur les événements et d'interrompre la grossesse à un moment où le fœtus ne soit pas encore viable. D'autre part, nous n'avons pas eu de cas où nous sommes intervenus trop tard, de sorte que le fœtus fût trop grand. »

Quels sont donc les éléments d'appréciation qui permettent de décider le moment de choix ? C'est ce que va nous indiquer le professeur Gammeltoft :

1º histoire des accouchements précédents (le fait qu'un enfant à terme a été dégagé laborieusement ou est né mort guide pour savoir si un accouchement provoqué 4 semaines avant le terme est possible);

2º renseignements exacts sur la date des dernières règles;

3º examens fréquents qui permettent de préciser les dimensions de la tête fœtale et les proportions relatives de la tête et du bassin (palper mensurateur);

4º mesure du diamètre promonto-sous-pubien.

Technique. — L'accouchement prématuré provoqué est une opération de clinique, tant pour raisons d'asepsie que pour raisons de surveillance.

La plus réelle propreté chirurgicale est de rigueur; on fait la toilette de la parturiente tout à fait comme à la veille d'une opération vaginale gynécologique : dépilation, désinfection des parties génitales externes et du vagin.

Gammeltoft dilate le col au moyen du dilatateur de Bossi jusqu'à 4 ou 5 cm., puis il rompt la poche des eaux. Si, au bout de 4 à 6 heures, le travail n'est pas déclenché, il injecte deux dixièmes de centicube de pituitrine. Enfin, sans l'avoir encore employée, il ne répugne pas à l'idée de provoquer le travail en introduisant dans l'utérus, entre les membranes et la paroi utérine, une sonde œsophagienne molle qui agirait comme un corps étranger pour déclencher le travail. Cette méthode aurait sur les bougies l'avantage que la sonde ne pourrait décoller le placenta, mais dévierait à son contact.

Hauch procède comme Gammeltoft, mais emploie, concurremment à la pituitrine, l'huile de ricin.

Esmann dilate aux bougies de Hegar, puis aux laminaires (faisceau de 2 à 4 tiges). Il tamponne le vagin. Au bout de 24 heures, il rompt les membranes.

Aucun des 3 auteurs n'est partisan des ballons, ni de l'écarteur Tarnier, qui leur ont donné de mauvais résultats (5 morts d'enfants sur 10 cas dans une stastistique antérieure d'Esmann).

Des interventions ultérieures sont parfois nécessaires : forceps, extraction du siège, césarienne vaginale. Une surveillance attentive et qualifiée est donc de rigueur. « La surveillance de très près, dit Hauch, chez nous n'est pas difficile, car tous les médecins, l'accoucheur en chef, le chef de clinique et tous les assistants sont logés à l'hôpital et peuvent arriver la salle de travail en très peu de temps; même dans les cas où l'un ou l'autre n'est pas chez lui, il y a toujours assez de médecins pour exécuter même les plus difficiles opérations obstétricales. »

Résultats. — La *durée* de l'accouchement prématuré provoqué est assez longue : Hauch relève, en moyenne, 17 heures pour déclencher le travail (minimum : moins d'une heure; maximum : 7 jours) et, à partir de ce moment, 40 heures jusqu'à la terminaison en moyenne (minimum : une demi-heure; maximum : 6 jours). Pour Esmann, la durée totale a été inférieure à 12 heures dans 21 cas, de 12 à 24 dans 19 cas, et elle a été plus longue (jusqu'à 10 jours) dans 15 autres cas.

Mortalité maternelle. — Zéro sur les 3 statistiques réunies représentant environ 200 cas. Ce résultat est le grand argument en faveur de l'accouchement prématuré provoqué par rapport à la césarienne où une mortalité de 5 pour 100 constitue une honnête moyenne. Un autre argument se tire de la possibilité de renouveler l'intervention (4 fois dans un cas de Gammeltoft, 4 fois dans 2 cas de Hauch, 12 fois dans 1 cas d'Herbert Spencer auquel Hauch fait allusion).

Morbidité. — Les cas d'infection ont été rares dans les 3 statistiques : sur 67 cas, Hauch a eu 11 élévations de température dans les suites de couches (chiffre inférieur à la morbidité moyenne du service); une de ces 11 femmes a eu une phlébite. Les 65 femmes, qui composent les deux statistiques d'Esmann, se décomposent ainsi : 54 apyrexies, 6 fièvres passagères, 3 fièvres plus durables, 2 états fébriles très prolongés (phlébite variqueuse avec embolie dans un cas, pyélite et pneumonie dans l'autre cas).

Mortalité infantile. — Les résultats en ce qui concerne les enfants sont satisfaisants : Gammeltoft, sur 69 cas, a 65 enfants vivants (soit 93 pour 100); Hauch, sur 67 cas, en a 63 (soit 94 pour 100) et Esmann, sur 55 cas, en a 50 (soit 90 pour 100). Hauch a eu 2 autres enfants morts, l'un par syphilis congénitale, l'autre par hémorragie de la surrénale.

Sur les 4 décès de Gammeltoft, 3 sont imputables à une procidence du cordon et le 4e à une rupture du tentorium. Les 4 décès de Hauch étaient liés à une rupture du tentorium; dans l'un d'eux, il y avait de plus une procidence du cordon (cette dernière complication a été observée 5 fois, mais dans les 4 autres cas, on put avoir un enfant vivant). Dans les 5 décès de Esmann, il y a 2 procidences du cordon.

Indications. — Gammeltoft remarque que les bassins rétrécis auxquels il a appliqué l'accouchement prématuré provoqué sont peu rétrécis. On a objecté que ces femmes pourraient accoucher spontanément. Il ne le croit pas, car il s'agissait de pluripares et la connaissance de l'accouchement précédent permet de dire si l'accouchement d'un enfant à terme, pesant 3.500 grammes ou plus, aurait été impossible ou aurait en tout cas comporté un grand risque pour l'enfant.

Les 67 cas de Hauch se rapportaient 10 fois à la crainte de dystocie par gros enfant et 57 fois à des bassins rétrécis (diamètre antéro-postérieur de 8.5 à 9, par exception de 8 cm.; antécédents de dystocie).

Dans les cas de Esmann, il n'y a pas de bassins fortement déformés par le rachitisme; mais il s'agit de bassins bien formés, quoique petits, mesurant en diamètre 1 à 2 cm. de moins que le bassin normal ou encore de bassins normaux, avec la grandeur anormale du fœtus.

Discussion de la primiparité. — Gammeltoft, Hauch n'ont recours à l'accouchement provoqué que chez les pluripares parce qu'ils tiennent grand compte de l'anamnèse du premier accouchement [et, sans doute, aussi parce que l'utérus des primipares réagit trop facilement aux excitations locales par la contracture]. Par contre, à 9 reprises, Esmann l'a

employé chez la primipare, sans inconvénient pour la mère, ni pour l'enfant.

Contre-indications. — Ce sont, pour Hauch, la présentation du siège et la présentation tranversale, quand elles sont rebelles à la version par manœuvres externes; pour Esmann, la présentation transversale. Hauch fait allusion à une statistique d'accouchement prématuré provoqué de la maternité d'Arhus, concernant les présentations du siège : 11 cas, 6 enfants morts.

Fréquence globale des indications. — Hauch n'a eu que 67 fois, sur 27.000 accouchements de son service hospitalier en 17 ans, l'occasion de pratiquer l'accouchement prématuré provoqué. Dans sa clinique privée, Esmann y a eu recours 65 fois sur 7.200 cas.

Henri Vignes.

ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE
(Paris)

Eva Klein. ***Les lésions oculaires dans les fabriques de soie artificielle*** (*Archives d'Ophtalmologie*, tome XLV, nº 11, Novembre 1928). — K. décrit une nouvelle maladie professionnelle qui se présente sous l'aspect suivant : l'ouvrier est pris brusquement, pendant son travail, de douleur dans les yeux avec larmoiement et impossibilité d'ouvrir les paupières ; il y a un blépharospasme intense, la conjonctive est très rouge, hémorragique même, la cornée grise avec des soulèvements épithéliaux grands comme une tête d'épingle. Au bout de 3 ou 4 heures l'épithélium cornéen soulevé desquame, la cornée prend fortement la fluorescéine, et ensuite la régénération des tissus se fait sans complication. Une enquête faite par l'auteur à la fabrique même a montré que ces brûlures ont surtout pour cause la projection de gouttelettes autour de la machine à fibres ou les fils, sortant du bain acide, sont secoués et remués, d'une part, et l'attouchement direct des yeux par les mains souillées, d'autre part. La teneur de l'atmosphère en acides à l'état gazeux n'agit que sur des sujets prédisposés.

La prophylaxie est assurée par le port de lunettes-masques laissant passer l'air à travers du coton saupoudré de charbon pulvérisé et d'oxyde de zinc afin d'assurer l'absorption et la neutralisation des vapeurs acides.

A. Cantonnet.

ARCHIVES INTERNATIONALES DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE et de RHINOLOGIE

S. Belinoff (Sofia). ***Les méthodes simplifiées de l'extraction des corps étrangers des voies digestives et respiratoires*** (*Archives internationales de Laryngologie, Otologie, Rhinologie*, tome VII, nº 9, Novembre 1928). — Il y a 30 ans, Killian démontrait que la trachée et les bronches étaient assez élastiques pour permettre l'introduction du tube droit et rigide à travers le larynx et que ce tube était parfaitement toléré par les voies respiratoires.

Actuellement, au moindre soupçon de corps étranger de la trachée, des bronches ou de l'œsophage, le laryngologiste se sert du bronchoscope, non seulement pour établir le diagnostic, mais aussi pour en effectuer en même temps l'extraction.

Tandis que les voies respiratoires ne présentent qu'une issue naturelle, la bouche, et qu'on doit parfois créer un orifice artificiel (trachéoscopie) les voies digestives présentent deux issues naturelles, la bouche et l'anus, la voie artificielle (œsophagotomie externe) étant seulement nécessitée pour les corps étrangers trop volumineux.

L'auteur fait remarquer que la bronchoscopie et l'œsophagoscopie, surtout chez les enfants, entre des mains peu expérimentées, constituent des interventions qui sont loin d'être inoffensives, que, d'un autre côté, il s'agit d'agir le plus tôt possible pour éviter les complications.

Aussi estime-t-il qu'en ce qui concerne les voies digestives, le désenclavement est possible, soit spontanément, soit mécaniquement, à la suite d'un examen avec tube, ballon dilatateur, anesthésie locale ou générale et que le corps étranger est rejeté par les voies naturelles supérieures ou inférieures, mais sans nécessiter d'extraction chirurgicale active.

En ce qui concerne les voies respiratoires, l'auteur estime que la bronchoscopie supérieure peut servir à établir un diagnostic chez l'adulte seul, ou d'ailleurs l'extraction peut nécessiter une trachéotomie. Chez l'enfant au-dessous de 6 ans, vu la petitesse et la sensibilité du larynx, l'indocilité du sujet, la salivation abondante, etc., la bronchoscopie supérieure doit être remplacée par la bronchoscopie inférieure après trachéotomie. Le bronchoscope doit être remplacé par un simple spéculum nasal pour le diagnostic et l'extraction du corps étranger. Des statistiques intéressantes plaident en faveur de cette méthode.

Leroux-Robert.

PARIS MÉDICAL

A. Courcoux et A. Bidermann. ***L'oléothorax dans la tuberculose pulmonaire et pleurale*** (*Paris médical*, tome X, nº 1, 5 janvier 1929). — Les deux indications primordiales de l'oléothorax dans la tuberculose pulmonaire et pleurale sont : l'inefficacité du pneumothorax qui n'empêche pas une reprise évolutive (on voit, après la création de l'oléothorax, l'état des malades se transformer, la température redevient normale, le poids augmente, etc.); la symphyse pleurale, dont il permet d'arrêter la progression et d'empêcher la reprise évolutive des lésions pulmonaires sous-jacentes.

Il constitue, en outre, une arme efficace contre les pleurésies purulentes tuberculeuses primitives.

Malgré des résultats encourageants, l'efficacité de l'oléothorax est plus inconstante dans la compression de lésions jusque-là en activité et dont le collapsus gazeux était inopérant.

Enfin, dans les autres cas, les insuccès sont nombreux.

On peut avoir des accidents au niveau de la paroi : réactions inflammatoires et paraffinomes au niveau du trajet de ponction.

Certaines plèvres irritables réagissent à l'injection huileuse par une sécrétion abondante de liquide et une fièvre élevée. Il faut toujours tâter la susceptibilité pleurale avec 5 à 10 cmc avant de faire l'oléothorax.

La déchirure du poumon est à craindre dans l'oléothorax fortement compressif.

L'évacuation par les bronches d'huile injectée pour combattre une perforation pulmonaire provoque des accès de suffocation, des quintes de toux et des vomissements. Ils obligent à interrompre le traitement et à retirer l'huile.

Chaque cas demande à être minutieusement étudié et présente ses indications particulières.

Employé à propos, l'oléothorax compte à son actif de très encourageants succès.

Robert Clément.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Bâle)

Alfred Gigon. ***La lumière et les échanges hydro-carbonés*** [1re communication] (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LVIII, nº 48, 1er Décembre 1928). — Des lapins ont été maintenus pendant des semaines dans une pièce éclairée par une étroite fenêtre ne laissant passer que des rayons rouges foncés. Après un certain temps d'alimentation normale, on leur a administré du glucose par la bouche, puis on a dosé le sucre, le carbone et l'azote du sang. Or, tandis que chez le lapin placé dans les conditions ordinaires, c'est-à-dire à la lumière blanche, l'administration de 20 à 30 gr. de glucose détermine constamment une augmentation caractéristique de 1 pour 100 du carbone du sang, par contre, chez les animaux tenus à l'obscurité, cette augmentation ne se produit pas. Ainsi l'assimilation du sucre par l'organisme n'est pas la même à la lumière du jour que dans l'obscurité.

P.-E. Morhardt.

Alfred Gigon et René Boulenaz. ***La lumière et les échanges hydro-carbonés*** [2e communication] : ***photographie avec des rayons rouges et infra-rouges*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LVIII, nº 50, 15 Décembre 1928). — G. et B. ont été amenés par de précédentes expériences à rechercher l'action des rayons infra-rouges. En utilisant un filtre qui laisse passer les radiations de 2.800 à 650 μ et des plaques photographiques sensibilisées par l'ammoniaque pour ces radiations, ils ont constaté que les poumons sont l'organe le moins perméable pour l'infra-rouge, tandis que les os sont très transparents. Le foie occupe une situation intermédiaire. Les reins et le cerveau ne donnent pas lieu à une image homogène. G. et B. rappellent à ce sujet que la chlorophylle produit des hydrates de carbone sous l'influence des rayons rouges et il doit être admis comme certain que les tissus des animaux qui absorbent les rayons rouges doivent les utiliser. Il semble probable à ces auteurs que chez les animaux vivant à la lumière du jour, les hydrates de carbone seraient mieux emmagasinés que chez les animaux vivant à une lumière rouge. Les radiations de grandes longueurs d'onde ne fourniraient pas de la chaleur, mais un certain travail.

P.-E. Morhardt.

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT für CHIRURGIE

R. Nissen. ***Affections endopleurales après traumatisme de la cage thoracique*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. CCXIII, fasc. 3-4, Novembre 1928). — Sous ce titre, l'auteur passe en revue toutes les lésions viscérales, toutes les complications mécaniques et infectieuses engendrées par les traumatismes sans plaies et par les plaies pénétrantes qui atteignent le thorax et les organes qui y sont logés.

Toutes les lésions pleurales, pulmonaires, péricardiques, médiastinales, toutes les déformations osseuses costales, sternales, vertébrales sont énumérées. Il y a un petit chapitre consacré à la tuberculose pulmonaire, venant compliquer une plaie du poumon. L'auteur rappelle aux experts que, dans le cas de contusion ou de plaie thoracique, l'évaluation de l'incapacité est très difficile à établir.

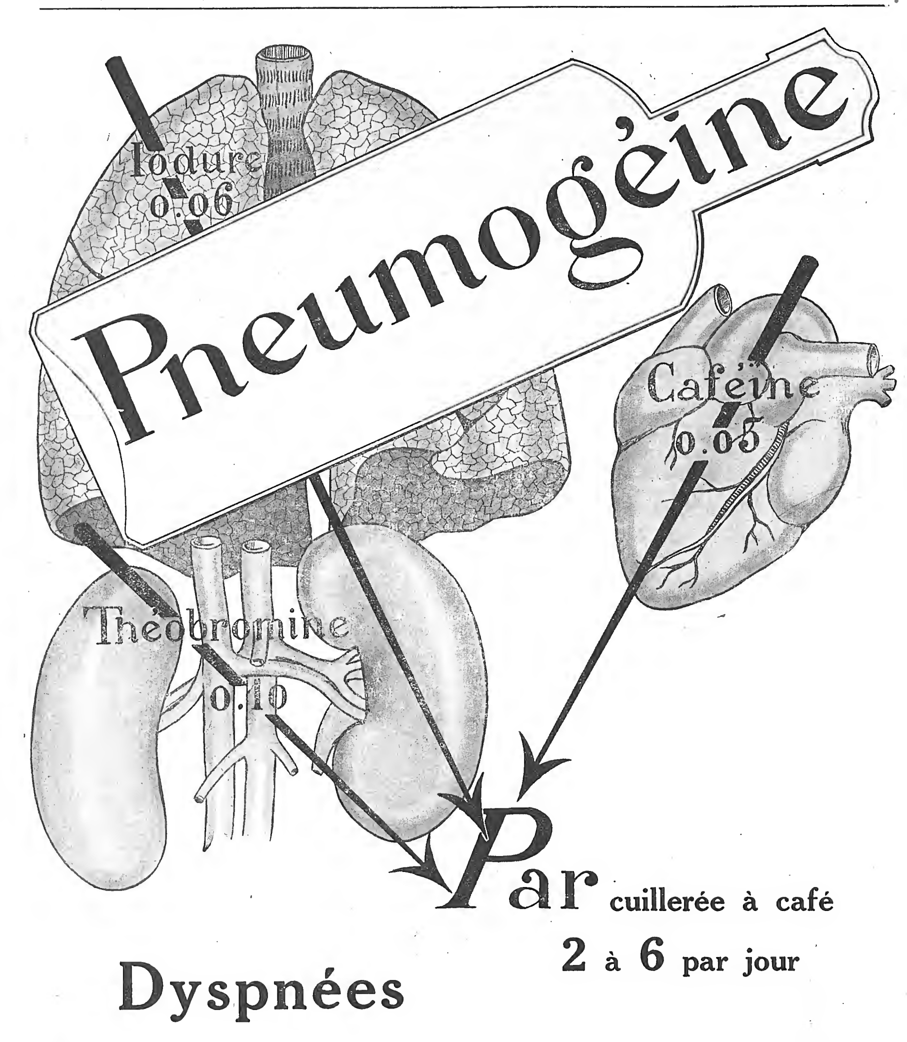
Un seul point est à retenir, dans cette longue énumération, c'est l'existence d'un hématome extrapleural au niveau d'un foyer de fracture de côtes. Pour Nissen, cet hématome extrapleural peut irriter la plèvre et, par suite, favoriser la constitution d'une symphyse pleurale circonscrite. Cette symphyse pleurale purement traumatique, sans intervention d'une complication infectieuse, permet probablement d'expliquer les séquelles des fractures fermées des côtes, séquelles caractérisées surtout par des douleurs à forme de pleurodynie et par de la gêne respiratoire.

P. Wilmoth.

Fr. Bernhard. ***Au sujet de l'hyperglycémie au cours des affections aiguës du pancréas*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. CCXIII, fasc. 3-4, Novembre 1928). — B. rappelle que Calzavara, ayant provoqué une nécrose aiguë du pancréas chez le chien par injection de bile dans le canal de Wirsung, trouva chez l'animal ainsi en expérience une hyperglycémie.

La recherche systématique de cette hyperglycémie permet de mettre en évidence les affections aiguës discrètes du pancréas. B. cite l'observation suivante :

Une femme de 35 ans souffre depuis quelques jours au niveau de la région épigastrique. L'examen ne montre pas de contracture des muscles abdominaux ; on note une teinte cyanosée de la peau, une accélération du pouls, une température normale, une leucocytose de 18.000 éléments. Le diagnostic de pancréatite


Pneumogéine
Iodure
0.06
Cafeïne
0.05
Théobromine
0.10
Par cuillerée à café
2 à 6 par jour

aiguë nécrotique légère est posé. Pour l'affirmer, on administre 50 gr. de sucre de raisin par la bouche : 3/4 d'heure après l'ingestion, on trouve 0,288 pour 100 de glycémie. 2 heures après, on n'en trouve plus que 0,226. Cette hyperglycémie permet d'affirmer l'existence d'une affection aiguë, légère du pancréas. De fait, le diagnostic fut confirmé 10 jours plus tard, au cours d'une cure radicale de hernie épigastrique : il y avait des taches de stéatonécrose sur le grand épiploon. L'exploration de l'estomac, des voies biliaires, du pancréas ne révéla rien d'anormal.

L'auteur insiste sur ce fait que la malade était à jeun depuis 11 heures, lorsque la pancréatite aiguë s'est manifestée. Or la recherche de l'hyperglycémie doit se faire non pas chez un malade à jeun, mais chez un sujet qui a absorbé par la bouche du sucre. En effet, on peut constater de l'hyperglycémie au cours des affections des voies biliaires : pour être certain que le pancréas est en cause, il faut que du sucre soit ingéré par voie buccale. P. Wilmoth.

Flick et Traum: ***Au sujet de l'influence sur les éléments figurés du sang des opérations chirurgicales portant sur le système nerveux végétatif et sur l'artère splénique*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, tome CCXIII, fasc. 5-6, Décembre 1928). — Au cours d'expériences physiologiques sur des animaux de laboratoire, les auteurs ont : excité les pneumogastriques et les ganglions du plexus solaire, supprimé les ganglions du plexus solaire, et ils ont étudié les effets de la ligature de l'artère splénique. Ils avaient en vue : l'étude de la résistance des globules rouges vis-à-vis d'une solution de chlorure de sodium hypotonique, et de l'influence de ces expériences sur le nombre des globules rouges et des globules blancs, sur la teneur du sang en hémoglobine, sur l'hémogenèse.

L'excitation des pneumogastriques et des nerfs du sympathique abdominal ne modifie que très peu et, en tout cas, d'une façon tout à fait passagère, la formule sanguine et l'état physique du sang.

L'extirpation des ganglions cœliaques, qui ne modifie pas la résistance globulaire d'une façon appréciable, est, au contraire, suivie d'une augmentation notable du nombre des globules blancs :

Avant l'intervention, 13.000 globules blancs. Ablation du ganglion cœliaque gauche : le lendemain, 26.000 globules blancs ; le surlendemain, 34.000 globules blancs, puis chute à 10.000 globules le 5e jour ; 3 mois après, 22.600 globules blancs. Ablation du ganglion cœliaque droit : 36.000 globules blancs. 4 jours après, chute du nombre de globules à 11.800.

Par contre, la ligature de l'artère splénique entraîne une augmentation notable de la résistance globulaire.

P. Wilmoth.

H. U. Callius. ***De l'action du sérum dans la transfusion du sang*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, tome CCXIII, fasc. 5-6, Décembre 1928). — De ses expériences sur le lapin, l'auteur tire les conclusions suivantes au sujet de la transfusion du sang :

La transfusion du sérum sanguin a une action tout aussi efficace que la transfusion de sang total, lorsque l'existence de l'animal est compromise par la soustraction d'une grande quantité de sang.

La théorie de Goltz qui explique la mort par hémorragie par la *contraction à vide* du muscle cardiaque, théorie qui paraissait devoir être abandonnée, peut être étayée par la conception de l'importance du sérum sanguin.

Ce ne sont pas les érythrocytes transplantés, mais bien le sérum appartenant à la même espèce animale qui a un rôle efficace dans la transfusion.

Par conséquent la question de la durée de la survie des érythrocytes transplantés ne peut être que secondaire, si l'on se place au point de vue de l'auteur.

L'apparition de convulsions au cours de l'hémorragie provoquée expérimentalement chez le lapin ne signifie pas autre chose que la quantité de sang soustrait ne saurait être dépassée.

P. Wilmoth.

BRUNS' BEITRÄGE zur KLINISCHEN CHIRURGIE

Bahm et Heidrich. ***Traitement par les rayons des tumeurs du cerveau*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CXLIV, fasc. 2, 1928). — Si le traitement des tumeurs du cerveau par la radiothérapie est beaucoup moins grave que le traitement chirurgical, il comporte néamnoins quelques dangers qu'il faut connaître car l'irradiation des tumeurs cérébrales nécessite l'emploi de doses assez élevées.

C'est ainsi que l'on peut voir apparaître, après cette thérapeutique, des céphalées violentes, une sensation d'épuisement, des vomissements et une élévation de température aux environs de 39°.

On a signalé aussi une aggravation des troubles cardiaques préexistants, et des crises d'épilepsie bravais-jacksonienne. Fischer, Flatau, Porges ont rapporté des cas mortels : B. et H. n'en ont jamais observé. Il est de toute évidence que les troubles congestifs que l'on observe après l'irradiation prennent ici une plus grande importance étant donné l'inextensibilité de la boîte cranienne et, pour éviter les accidents d'hypertension intracranienne, la trépanation décompressive préalable est une bonne chose quand on doit employer des doses élevées d'irradiation.

Dans les indications du traitement radiothérapique, il faut considérer trois groupes de tumeurs cérébrales :

1° Les tumeurs du cerveau et du cervelet, qui sont au point de vue anatomo-pathologique des gliomes et des gliosarcomes : elles ne réagissent qu'irrégulièrement aux rayons ;

2° Les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux, qui sont histologiquement des neurofibromes et qui ne réagissent que très mal à l'irradiation ;

3° Les tumeurs de l'hypophyse qui sont des adénomes et qui sont particulièrement sensibles aux rayons.

Dans le premier groupe, il est préférable de commencer par une trépanation décompressive pour se renseigner sur la nature et l'opérabilité de la tumeur. Si elle est extirpable sans grand danger d'hémorragie, le traitement chirurgical sera tenté ; si, au contraire, il s'agit d'une tumeur diffuse, d'une tumeur dont le siège est imprécis ou dangereux, il faut alors avoir recours à l'irradiation après avoir prélevé un fragment, dans un but biopsique, quand la chose est possible.

Dans les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux, on tentera toujours l'extirpation de la tumeur ; dans les cas où celle-ci n'aurait pu être extirpée en totalité ou quand on a dû extirper la tumeur fragment par fragment, il faudra alors utiliser la radiothérapie post-opératoire.

Dans les tumeurs de l'hypophyse, au contraire, il faut avoir recours à la radiothérapie d'emblée et, si celle-ci ne donne pas d'amélioration appréciable, se décider alors pour un traitement chirurgical.

Quels sont maintenant les résultats ? Dans les tumeurs du cerveau et du cervelet, l'irradiation n'a donné de résultats que dans 35 pour 100 des cas environ, en provoquant une atténuation des symptômes ; il faut reconnaître, du reste, que dans 9 cas de gliomes dans lesquels l'extirpation a pu être faite (avec radiothérapie post-opératoire), la survie n'est en général que de 9 mois ; un malade toutefois est encore en vie depuis 5 ans et un autre depuis 8 ans.

Dans les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux, aucun malade irradié primitivement n'a survécu plus de 5 mois, alors qu'après le traitement chirurgical on compte des guérisons datant de plusieurs années.

Dans les tumeurs de l'hypophyse, les résultats de l'irradiation sont au contraire tout à fait remarquables : sur 22 cas, avec phénomènes acromégaliques, on note 12 améliorations (diminution, rétrocession partielle ou état stationnaire des phénomènes acromégaliques et des troubles oculaires) ; sur 16 malades qui présentaient un syndrome adiposo-génital, il y eut rétrocession des troubles dystrophiques et amélioration des troubles oculaires ; sur 34 malades qui présentaient des troubles oculaires nets, il y eut dans 16 cas une amélioration très notable des troubles oculaires et de l'hypertension intracranienne. Dans 14 autres cas, il n'y eut pour ainsi dire pas d'amélioration, mais l'affection ne progressa plus.

En conclusion, si le traitement radiothérapique ne donne pas de grands résultats dans les tumeurs du cerveau ou du cervelet et dans les tumeurs ponto-cérébelleuses, il constitue au contraire le traitement de choix dans les tumeurs hypophysaires.

J. Sénèque.

ARCHIV für GYNÄKOLOGIE (Berlin)

Günther Schwarz. ***Tension artérielle et éclampsie*** (*Archiv für Gynäkologie*, tome CXXXV, fasc. 1, Novembre 1928). — S. rapporte une série de recherches, entreprises à la Clinique de Zangemeister, sur la tension artérielle des femmes enceintes normales, des pré-éclamptiques et des éclamptiques.

Chez la femme enceinte normale, la tension reste normale, aux environs de 120 mm. en moyenne pendant toute la durée de la gestation, sans élévation terminale ; tout au plus, vers la fin de la gestation, observerait-on une susceptibilité exagérée aux causes accidentelles susceptibles de provoquer de l'hypertension. Pendant l'accouchement, la contraction s'accompagne d'une hypertension passagère qui disparaît dès la fin de la contraction ; à la période d'expulsion, on peut croire qu'il y a une poussée d'hypertension : en réalité, il s'agit simplement de ce que les contractions se suivent sans relâche. L'hémorragie qui accompagne la délivrance ne détermine pas d'hypotension, sauf si elle est très forte ; les douleurs qui déterminent le décollement placentaire sont accompagnées d'une légère et très passagère hypertension, moins élevée que celle des douleurs de l'accouchement. Au cours des suites de couches, la tension reste normale.

Tout à fait exceptionnellement (6 fois sur 1000), S. a observé, chez des femmes strictement normales, de petites hypertensions atteignant 140 mm. et durant à peine un jour : il ne peut en tirer de conclusion.

Toutes les fois que l'on constate de l'hypertension dans la gestation, l'accouchement ou les suites de couches et qu'on ne trouve pas de lésion causale, il y a lieu de se méfier de l'éclampsie : tous les autres signes de pré-éclampsie peuvent être absents ou indécelables et, pourtant, le danger existe ; jusqu'ici, d'autre part, S. et son maître n'ont pas observé d'éclampsie, ni de pré-éclampsie sans hypertension.

Pour Schwarz, l'élévation progressive de la tension, même lorsqu'elle atteint un niveau élevé, est moins dangereuse qu'une élévation brusque, car celle-ci peut provoquer des accidents graves.

Au cas de symptômes pré-éclamptiques, il faut éviter, par tous les moyens possibles, ce qui peut élever la tension intra-encéphalique : éviter les ocytociques qui augmentent la tension, éviter les tamponnements, éviter d'élever les membres inférieurs (ce qui dans un cas a suffi à déclencher la crise). Il faut administrer les anesthésiques avant de préparer la femme à l'accouchement ou à la césarienne.

L'évacuation de l'utérus, chez les pré-éclamptiques ou chez les éclamptiques avec légère hypertension, provoque une hypotension de 15 à 20 mm. qui n'est pas fonction de la spoliation sanguine. D'ailleurs, celle-ci est plus élevée chez les pré-éclamptiques et les éclamptiques que chez les accouchées normales : au moins deux fois plus.

Une faible hémorragie de la délivrance avec signes de pré-éclampsie et hypotension accentuée doit faire redouter des convulsions dans le post-partum.

Le retour de la tension à la normale se fait de façon variable : descente, puis ascension légère et momentanée, descente rapide et définitive, descente

progressive, descente au bout de deux ou trois semaines. Il n'y a pas de rapport entre ces types et l'intensité des symptômes pré-éclamptiques, mais, chez les éclamptiques, plus il y a eu de convulsions et plus longtemps dure l'hypertension. Pas de rapport entre la durée de l'hypertension et la persistance ou la disparition de l'albuminurie.

Henri Vignes.

THERAPIE der GEGENWART (Berlin)

J. Boas (de Berlin). *« Fœtor ab ore et lingua » et son traitement* (*Therapie der Gegenwart*, tome LXX, fasc. 1, Janvier 1929). — B. passe en revue les diverses causes possibles de la fétidité buccale, symptôme banal, mais souvent d'une ténacité désespérante. Bien entendu, il fait la part des caries dentaires et de leurs complications, des amygdalites cryptiques chroniques, des sinusites purulentes chroniques, des stomatites médicamenteuses (mercure, bismuth, tellure, plomb, préparations à base d'ail, bromèthyle), enfin des affections de la partie supérieure de l'œsophage (carcinomes ou diverticules), qui peuvent expliquer la stase alimentaire et microbienne et la fétidité. Il ne nie pas que, chez certains malades, comme le croient Rosenheim et H. Hertz, la stase et les putréfactions intestinales puissent provoquer l'absorption par le sang de gaz fétides d'origine intestinale qui s'élimineraient par la muqueuse buccale. Cependant il n'a jamais observé de faits de ce genre, et il fait remarquer que la fétidité de l'haleine n'est nullement de règle chez les grands constipés, ni même dans les rétrécissements ou dans les cancers de l'intestin.

Pour B., la grande majorité des fétidités buccales ont leur origine dans la base de la langue, dans l'amygdale linguale. C'est là que l'accumulation de résidus alimentaires ou la pullulation microbienne déterminent la production de produits de désintégration protéique d'odeur plus ou moins putride. Par prélèvements et examens histologiques, on peut se rendre compte de la réalité de ce processus chez les malades atteints de « fœtor ab ore » sans cause évidente. Les vomissements répétés, la sécheresse de la bouche, en particulier celle qui accompagne les grandes pyrexies, les erreurs d'hygiène alimentaire (alimentation lactée, avec soins insuffisants de la bouche), sont souvent la cause de cet inconvénient, qui peut être le point de départ des accidents de glossite et de stomatite. Quelquefois même, la stase et l'infection de l'amygdale linguale peuvent provoquer une véritable « dyspepsie glossogène » qui se manifeste par des troubles gastro-intestinaux chroniques, des pesanteurs gastriques, des régurgitations, du météorisme, de la diarrhée, qui disparaissent dès que le « fœtor ab ore » a reçu le traitement convenable, et qui doivent être considérés comme les conséquences et non comme les causes de la fétidité buccale.

Le traitement est simple : c'est le nettoyage de la base de la langue avec une brosse à manche coudé, que B. a fait construire spécialement. Le lavage de l'amygdale linguale, matin et soir, avec une solution alcoolique de vanilline à 1 pour 50, diluée à raison de XV à XX gouttes dans 30 gr. d'eau environ, suffit à faire disparaître la fétidité buccale en 3 ou 4 jours. La « dyspepsie glossogène », quand elle existe, disparaît en quelques semaines. Il est bon, cependant, de continuer ce petit traitement d'une manière régulière, pendant quelques mois, pour éviter les récidives. Au début, le nettoyage paraît un peu désagréable. L'accoutumance s'établit vite.

B. décrit également, avec Eppinger, Umber, Pichler, une « fétidité hépatique », qui s'observerait spécialement dans l'atrophie jaune aiguë du foie, mais aussi dans l'ictère catarrhal ou dans les cirrhoses. B. croit que, dans ce cas, il s'agit d'exhalation de substances dérivées de l'indol, plutôt que d'une odeur de putréfaction.

J. Mouzon.

MÜNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Munich)

E. Kisch et E. Bergmann. *Nouvelles observations sur l'amélioration de la nutrition de tuberculeux cachectisés par les injections intraveineuses de sang animal* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXV, nº 42, 19 Octobre 1928). Depuis leurs premiers essais publiés en 1923, K. et B. ont poursuivi et étudié leurs tentatives thérapeutiques par le sang animal. Ils emploient en injections intraveineuses l'hémoprotine fabriquée à l'aide de sang de mouton, de bœuf, de cheval et de porc.

Ces injections à doses plus ou moins élevées suivant l'âge des malades se font une fois par semaine, en alternant les diverses qualités de sang (5 cmc sang de mouton, 5 cmc sang de bœuf, 3 cmc sang de mouton, 3 cmc sang de cheval, 3 cmc sang de porc, 2 cmc sang de bœuf, 1 cmc sang de cheval, 1 cmc sang de porc pour les adultes, doses plus faibles pour les enfants).

La thérapeutique a été essayée non seulement chez les tuberculeux articulaires ou ceux chez lesquels un mauvais état général subsistait malgré l'amélioration des lésions locales, mais même chez des bacillaires pulmonaires avancés, graves, avec lésions pleurales purulentes ou intestinales associées.

Les réactions générales consécutives sont en général bénignes durant 24 heures. Cependant on a observé des chocs assez intenses, des états de collapsus passagers. 12 accidents mortels ont été signalés chez des malades particulièrement graves. Pour éviter de tels accidents, et réduire l'intensité des réactions, K. et B. conseillent de pratiquer une 1re injection d'essais avec 2 cmc de sang de mouton, et, selon la réaction observée, de continuer ensuite la série avec les doses habituelles ou diminuées de moitié. D'ailleurs, il semble qu'un certain degré de réaction soit indispensable pour obtenir une action thérapeutique. Dans l'ensemble, chez 650 malades souvent très gravement atteints, ils ont observé de notables améliorations locales et surtout générales et de surprenantes reprises de poids chez des sujets jusque-là anorexiques et cachectiques.

G. Dreyfus-Sée.

M. J. Gutmann. *Observations sur l'évolution du rhume des foins, en 1928, avec le traitement désensibilisant* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXV, nº 49, 7 Décembre 1928). — Le rhume des foins paraît, en Allemagne, beaucoup plus répandu qu'on ne le croit habituellement.

Il y a été peu étudié parce que les sujets qui en sont atteints appartiennent en général à la classe intellectuelle et qu'on en rencontre fort peu dans la clientèle hospitalière.

Ce sont souvent des sportifs, des sujets bien portants par ailleurs, qui se préoccupent médiocrement de faire traiter cette affection, gênante mais très passagère, et dont ils n'ont parfois pas remarqué la périodicité.

Dans le traitement désensibilisant entrepris par G. chez nombre de malades qu'il a dépistés par des recherches systématiques, un certain nombre de points lui paraissent mériter qu'on y insiste une fois de plus.

En particulier, il rappelle la nécessité absolue du diagnostic et de la thérapeutique spécifiques strictement adaptés. Les extraits de pollen doivent être purs, les réactions individuelles doivent être notées exactement. Chez tel sujet, une trop petite dose exagérera la sensibilité alors que, chez tel autre, des réactions graves seront observées avec une dose trop forte. Le traitement doit être commencé tôt, dès le milieu de Février ou le commencement de Mars.

Enfin les extraits mixtes, les préparations polyvalentes doivent être définitivement éliminés de l'arsenal thérapeutique.

Passant en revue les résultats obtenus chez les malades désensibilisés par une technique basée sur ces indications générales, G. conclut à l'efficacité remarquable de cette méthode lorsqu'elle est employée judicieusement.

G. Dreyfus-Sée.

S. Perlmann et Weber. *Nouvelles expériences sur la détermination de lithiase vésicale expérimentale par avitaminose* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXV, nº 51, 21 Décembre 1928). — Dans une première série de recherches antérieurement publiées, des rats soumis à un régime carencé en vitamine A présentèrent des formations calculeuses vésicales abondantes.

L'intérêt de ces constatations n'est pas à négliger actuellement où nulle théorie pathogénique satisfaisante n'a été proposée pour la lithiase vésicale.

P. et W. ont repris leurs recherches sur 100 animaux soumis :

1/3 à un régime sans vitamine A ;

1/6 au même régime avec adjonction de lait ;

1/6 au même régime avec adjonction d'huile de foie de morue ;

1/3 au régime normal (témoins).

L'adjonction de lait et d'huile de foie de morue était destinée à observer leur action inhibitrice sur la formation calculeuse. Les statistiques montrent, dans les pays où une bonne hygiène infantile est appliquée, la diminution des cas de lithiase vésicale alors qu'elle est très fréquente au contraire dans les régions moins cultivées.

Les animaux mis au régime carencé présentèrent une courbe de poids déficiente pendant les 150 jours d'observation. Les autopsies pratiquées après cette durée d'expérience montrèrent, chez 25 pour 100, des calculs vésicaux de taille et de nombre variable ainsi qu'une infection des voies urinaires plus ou moins étendue.

Les deux groupes d'animaux soumis au même régime mais avec du lait ou de l'huile de foie de morue eurent une croissance normale, égale ou supérieure à celle des témoins ; malgré l'existence, chez plusieurs d'entre eux, d'infection des voies urinaires par les mêmes microbes que dans le 1er groupe, aucune concrétion calculeuse ne put être décelée non plus d'ailleurs que dans le groupe des animaux témoins.

Il semble donc que la carence en vitamine A constitue un facteur favorisant important de la lithiase, mais auquel d'autres éléments, encore mal déterminés, viennent s'ajouter. G. Dreyfus-Sée.

W. Raab. *Relations entre la diurèse et l'hydrémie (influence de la pituitrine, du salyrgan et de l'urée)* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXV, nº 52, 28 Décembre 1928). — A l'aide d'une série d'expériences R. s'est efforcé de déceler les relations exactes unissant la diurèse et l'hydrémie chez des individus normaux. Il a employé pour la détermination de la teneur aqueuse du sang, la méthode de Bang par pesée du résidu sec qui lui a paru la moins sujette à erreur. Les sujets d'expériences recevaient 1 litre 1/2 d'eau par voie buccale.

L'eau seule détermine une hydrémie légère passagère. Après la diurèse, on observe une régression de la teneur en eau qui redescend parfois un peu au-dessous du niveau primitif.

L'injection de 1 à 1 1/2 cmc de pituitrine sous-cutanée inhibe la diurèse et maintient une hydrémie plus intense et plus prolongée.

1 à 2 cmc de salyrgan intraveineux déterminent une élimination urinaire accentuée qui s'accompagne d'une augmentation de densité du sang persistant après la fin de la diurèse.

L'urée accélère l'apparition de la polyurie et de la baisse d'hydrémie, mais n'en modifie pas la valeur.

Enfin l'association des divers médicaments produit des résultats intermédiaires à ceux déterminés par l'administration d'un seul d'entre eux.

L'étude des courbes confirme le rôle primitif de l'élimination aqueuse rénale à laquelle succèdent les variations hydrémiques. Le rôle des médicaments dans la régulation de l'eau dans l'organisme s'explique en conséquence par leur action directe rénale, action qui d'ailleurs a déjà été établie expérimentalement pour la pituitrine, le salyrgan (novasurol) et l'urée.

Des résultats atypiques observés chez des cardiaques décompensés et œdémateux paraissent dus à une absorption défectueuse des substances médicamenteuses injectées dans l'hypoderme.

Le rapport de la teneur en eau des sangs artériel

et veineux du sujet normal n'est guère modifié par l'injection de pituitrine ; par contre, on observe des modifications chez les sujets atteints de diabète insipide, mais il paraît difficile d'interpréter ces anomalies qui peuvent s'expliquer, soit par une rétention similaire primitive, soit par une inhibition de l'élimination rénale entraînant secondairement l'infiltration des tissus.

La conclusion de ces recherches est surtout la notion que, dans une certaine mesure, les modifications hydrémiques dépendent de l'élimination aqueuse rénale. G. Dreyfus-Sée.

E. Bergmann. ***Contribution à la thérapeutique des épistaxis des artério-scléreux*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXV, nº 52, 28 Décembre 1928). — L'abondance des épistaxis chez les artério-scléreux peut être assez fréquemment telle qu'une intervention s'impose pour enrayer l'hémorragie trop prolongée.

Le tamponnement antérieur est le plus souvent inefficace, le tamponnement postérieur est dangereux et doit être déconseillé.

B. a réussi, dans plusieurs cas, à arrêter l'hémorragie en introduisant un spéculum nasi pour repérer le point qui saigne et en appliquant localement, à l'aide d'un tampon monté, une solution de nitrate d'argent à 0,15 pour 100. Grâce à la compression locale jointe à l'action médicamenteuse coagulante, on observe une sédation rapide à la 1re ou tout au moins à la 2e application. G. Dreyfus-Sée.

MEDIZINISCHE KLINIK

(*Berlin*)

G. Singer. ***Diabète et lithiase*** (*Medizinische Klinik*, tome XXIV, nº 48, 30 Novembre 1928). — A l'inverse de Naunyn, qui n'admet aucune relation entre le diabète et la lithiase biliaire, S. est convaincu que ces deux affections coexistent souvent et qu'il ne s'agit pas d'une simple coïncidence. A cet égard, il rapproche la lithiase biliaire des cirrhoses, et il admet que leur rôle est plus important encore dans l'étiologie du diabète. Sa statistique comporte, à côté de 5 cas de diabète dans des cirrhoses du foie, 10 cas de diabète chez des lithiasiques. L'association est parfois héréditaire, et S. rapporte un exemple très net de cette hérédité. Sa fréquence serait plus grande encore si l'on tenait compte des lithiases latentes des diabétiques et des glycosuries transitoires au cours des angiocholites.

La fréquence des lésions pancréatiques dans la lithiase, le retentissement biliaire des affections pancréatiques, les relations qui unissent la sécrétion interne du pancréas et sa sécrétion externe permettent d'imaginer facilement le mécanisme des accidents.

Cependant S. ne conçoit pas le diabète comme une conséquence de la lithiase, mais comme la manifestation d'une diathèse qui prédispose également à la lithiase.

Il rappelle, chemin faisant, un cas, autrefois publié par lui, de pancréatite syphilitique, qui s'était accompagnée d'ictère, puis de diabète bronzé : tous les accidents avaient complètement guéri à la suite d'un traitement salvarsano-mercuriel.

J. Mouzon.

E. Krüger et E. Saupe. ***Recherches d'hygiène professionnelle, de clinique et de radiologie chez les boulangers et chez les meuniers*** (*Medizinische Klinik*, tome XXIV, nº 48, 30 Novembre 1928). — Les observations de K. et S. ont porté sur 33 boulangers et sur 25 meuniers, tous anciens ouvriers, qui travaillaient depuis de longues années dans leur métier, et qui, pour la plupart, avant d'être employés par de grandes entreprises, étaient restés dans de petits ateliers où les conditions hygiéniques étaient plus ou moins défectueuses.

D'une analyse minutieuse des symptômes accusés, K. et S. concluent que les troubles les plus fréquents sont des troubles respiratoires : toux, expectoration, signes de bronchite, accentuation des ombres de la trame pulmonaire sur les radiographies, avec taches isolées et limitées. Ces phénomènes étaient plus accentués chez les meuniers que chez les boulangers. Ils sont vraisemblablement aggravés, chez les meuniers, par inhalation, non seulement de la poussière de farine, mais encore de particules provenant de la pulvérisation des meules, des grains de céréales, du charbon ou de la cendre. Les lésions tuberculeuses, lorsqu'on en retrouve des traces, ne semblent pas évolutives. Des lésions irritatives légères sont fréquentes sur les muqueuses des yeux, de la bouche, du pharynx. La denture est très souvent défectueuse, ce qui semble dû à la production d'acides produits aux dépens de la farine. Les boulangers se plaignent souvent de dyspepsies du type hyperchlorhydrique, qui semblent rares chez les meuniers. Enfin, il faut signaler un grand nombre de manifestations de rhumatisme chronique, qu'il faut peut-être attribuer aux variations de température importantes auxquelles ces ouvriers sont exposés et qui expliquent sans doute aussi les crises sudorales auxquelles ils sont exposés. Le pied plat, les genu valgum et varum sont très souvent observés, sans doute à cause de la station debout prolongée des boulangers et des lourdes charges que doivent porter les meuniers. Les anciens meuniers présentent souvent un stigmate professionnel, la « gale des meuniers », qui consiste en taches gris-noirâtre, situées à la face dorsale des premières phalanges des doigts et quelquefois aussi sur le dos de la main et sur le versant radial de l'avant-bras ; ces taches seraient dues à la pénétration de parcelles d'acier et de pierre pendant le polissage des meules.

K. et S. envisagent, en terminant, toutes les mesures d'hygiène, qui doivent améliorer et qui ont déjà transformé, dans la plupart des ateliers, les conditions du métier de boulanger ou de meunier : réduction du nombre d'heures de travail, repos hebdomadaire, suppression du travail de nuit, meilleure ventilation, logement sain et aéré des apprentis et des compagnons, emploi plus fréquent des machines, qui évitent bien des transports à bras d'hommes, enfin création d'aspirateurs, qui réduisent la quantité des poussières.

K. et S. ont tenté, chez 2 lapins, dans des expériences prolongées pendant 10 mois, de provoquer une pneumokoniose par inhalation de farine : ils n'ont pu déceler aucune altération radiologique ni anatomique chez ces animaux. J. Mouzon.

B. Cohn. ***Le traitement des manifestations d'épuisement ovarien par les injections intraveineuses d'extrait ovarien*** (*Mediziniche Klinik*, tome XXIV, nº 48, 30 Novembre 1928). — C. entend par « manifestations d'épuisement ovarien » des phénomènes qui se manifestent au déclin de l'activité sexuelle de la femme, et d'ailleurs souvent assez longtemps avant la ménopause. Ils consistent en une diminution de l'activité physique et en une fatigabilité anormale, avec irritabilité et crises de larmes. Beaucoup de femmes qui en sont atteintes sont traitées pour « hystéro-neurasthénie ». Cependant, C. a traité une cinquantaine d'entre elles, depuis 3 ans, par l'opothérapie ovarienne intraveineuse associée à la diathermie des ovaires. L'extrait ovarien employé est un extrait aqueux désalbuminé, qui est utilisé à la dose de 1 cmc. Cette dose n'a donné un léger choc, avec vertige, que chez une seule malade, à laquelle le traitement avait été appliqué indûment. Chez les malades qui sont vraiment justiciables de cette thérapeutique, il faut de 2 à 5 cmc par injection pour déterminer les accidents : avec 1 cmc, on peut avoir l'assurance d'être au-dessous de la dose de choc. Les injections sont renouvelées tous les 2 jours, jusqu'à concurrence de 12 injections.

La diathermie de la région ovarienne, par ses effets hyperémiants, active sans doute l'action hormostimulante de l'opothérapie intraveineuse.

J. Mouzon.

O. Lœw. ***L'acidose alimentaire*** (*Medizinische Klinik*, tome XXIV, nº 48, 30 Novembre 1928). — En dehors de l'acidose diabétique, il existe des acidoses qui donnent lieu, comme elle, à une élévation de l'acidurie, de l'ammoniurie et de la calciurie, et qui sont d'origine exclusivement alimentaire. L. en distingue 4 sortes :

1º L'acidose par excès de protéiques résulte de la production exagérée d'acide phosphorique et d'acide sulfurique. Elle peut élever les éliminations urinaires de chaux de leur taux normal (de 0 gr. 10 par jour) à 0 gr. 30. L'alimentation carnée trop riche présente, à cet égard, des dangers non seulement chez les diabétiques, mais aussi chez les tuberculeux et chez les cancéreux, qui ont déjà tendance à se décalcifier.

2º L'acidose par excès d'hydrates de carbone s'explique par la fermentation lactique que subit le sucre dans l'intestin. Cette erreur alimentaire est nuisible, en outre, en inhibant la sécrétion gastrique et l'appétit.

3º L'acidose par excès de graisse est une conséquence de la saponification des graisses dans l'intestin : la glycémie subit des fermentations qui donnent naissance à divers acides, mais surtout à de l'acide acétique. Joints aux acides gras libres, ces acides déterminent l'abaissement de la réserve alcaline du sang. La décalcification, parfois notée chez les enfants à la suite de l'administration du « lait complet » riche en crème, s'explique par ce mécanisme.

4º L'acidose par prédominance du potassium sur le sodium dans l'alimentation est liée à la stabilité plus grande des sels de potasse.

Le bicarbonate de potasse libère plus difficilement que le bicarbonate de soude son acide carbonique par exhalation alvéolaire.

L'excès de potassium et le défaut de sodium provoquent, par suite, une accumulation de CO^2 et une variété d'acidose gazeuse. L'excès de magnésie par rapport au calcium aurait les mêmes inconvénients : il se trouve réalisé dans les tissus des rachitiques et des ostéomalaciques (Frank et Schlosz).

A cet égard, les semences et, en particulier, le maïs, très riche en potassium et en magnésie, seraient particulièrement à craindre. Aussi les Italiens, qui consomment dans leur pollenta de grandes quantités de cette céréale, l'assaisonnent-ils instinctivement de son meilleur complément : le fromage, très riche en chaux.

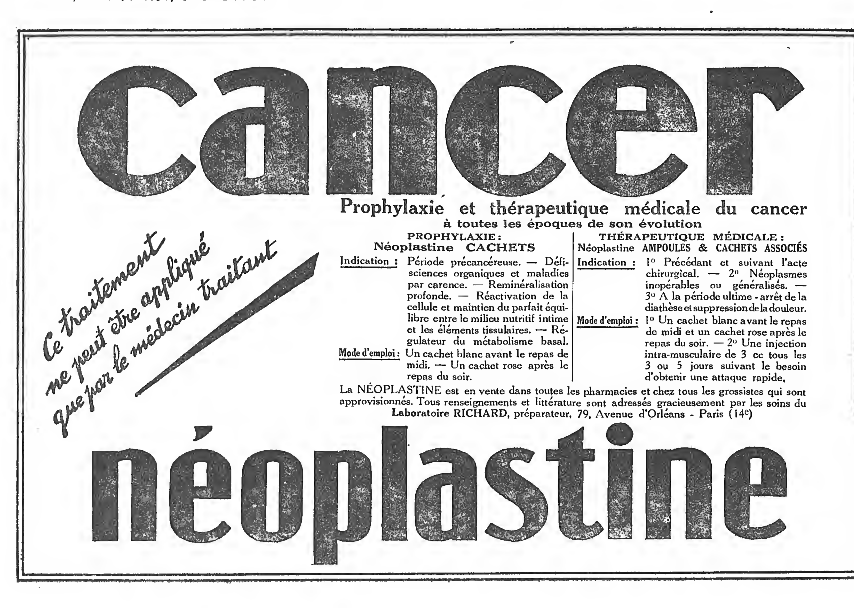
De cette dernière variété d'acidose, on peut rapprocher celle des grabataires et des vieillards qui se décalcifient.

Le meilleur stigmate pratique de l'acidose alimentaire, pour L., c'est la détermination de la calciurie —, témoin plus fidèle, à son avis, que la calciémie. Son meilleur traitement est l'alimentation riche en chaux (lait, fromage ou œufs) ou l'administration de sels de chaux et de soude. Parmi ces derniers, il convient de donner la préférence aux sels d'acides organiques (citrique, malique, tartrique, lactique) qui, par oxydation dans les tissus, donnent naissance à des carbonates alcalins. L. recommande, en particulier, le lactate double de soude et de chaux. J. Mouzon.

H. Uiberall. ***Contribution au traitement opothérapique de l'obésité*** (*Medizinische Klinik*, t. XXIV, nº 49, 7 Décembre 1928). — Si l'on met à part les obésités d'origine infundibulo-hypophysaire, U. estime que l'opothérapie thyroïdienne reste le traitement de choix des obésités de nature endocrinienne. Encore pense-t-il que l'opothérapie associée doit être préférée à l'opothérapie thyroïdienne pure dans la plupart de ces cas, étant donné la pathogénie complexe du trouble.

Cependant il existe des cas d'obésité dans lesquels la thyroïde est inefficace ou mal supportée. En pareil cas, on peut recourir à une opothérapie complexe sans thyroïde, qui est toujours bien tolérée, et qui est susceptible de provoquer un léger relèvement du métabolisme basal et, à la longue, une perte de poids très appréciable.

Le produit employé par U. est composé d'ovaire, de lobe antérieur d'hypophyse, d'une petite quantité de lobe postérieur et de thymus. Le relèvement du métabolisme basal atteint 4 à 9 pour 100, l'amaigrissement 700 à 2.100 gr. en l'espace de 7 à 10 jours. En dehors de cette perte de poids immédiate, qu'on pourrait mettre en rapport avec la diurèse, il existe un amaigrissement persistant, qui


cancer
Ce traitement ne peut être appliqué que par le médecin traitant
Prophylaxie et thérapeutique médicale du cancer
à toutes les époques de son évolution
PROPHYLAXIE :
Néoplastine CACHETS
Indication : Période précancéreuse. — Déficiences organiques et maladies par carence. — Reminéralisation profonde. — Réactivation de la cellule et maintien du parfait équilibre entre le milieu nutritif intime et les éléments tissulaires. — Régulateur du métabolisme basal.
Mode d'emploi : Un cachet blanc avant le repas de midi. — Un cachet rose après le repas du soir.
THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE :
Néoplastine AMPOULES & CACHETS ASSOCIÉS
Indication : 1° Précédant et suivant l'acte chirurgical. — 2° Néoplasmes inopérables ou généralisés. — 3° A la période ultime - arrêt de la diathèse et suppression de la douleur.
Mode d'emploi : 1° Un cachet blanc avant le repas de midi et un cachet rose après le repas du soir. — 2° Une injection intra-musculaire de 3 cc tous les 3 ou 5 jours suivant le besoin d'obtenir une attaque rapide.
La NÉOPLASTINE est en vente dans toutes les pharmacies et chez tous les grossistes qui sont approvisionnés. Tous renseignements et littérature sont adressés gracieusement par les soins du Laboratoire RICHARD, préparateur, 79, Avenue d'Orléans - Paris (14e)
néoplastine

peut atteindre 6 ou 8 kilogr. en quelques semaines, et qui ne saurait être attribué à la résorption d'un œdème latent. J. Mouzon.

G. Klemperer (de Berlin). *Emotions et maladies de cœur* (*Therapie der Gegenwart*, tome XXV, fasc. 1, Janvier 1929). — L'influence des émotions sur les maladies du cœur est un fait d'observation connu de longue date. K. en rapporte des exemples, qu'il a personnellement observés, et va jusqu'à avancer que les émotions peuvent, non seulement aggraver une maladie de cœur existante, mais déterminer la défaillance cardiaque. Il étudie le mécanisme de cette action, qui était restée, jusqu'à ces derniers temps, quelque peu mystérieuse.

L'agent principal en est certainement le système nerveux autonome, par son action sur la vaso-motricité et sur la tension artérielle. Les excitations passionnelles, l'activité désordonnée ou exagérée, sans repos suffisant, excitent le sympathique et créent une tendance à l'hypertension artérielle, alors que le chagrin, l'inquiétude agissent plutôt sur le parasympathique et détermineraient la vaso-dilatation et l'hypotension artérielle.

Un premier groupe d'affections cardiaques, dans lesquelles les influences psychiques jouent un rôle considérable, est constitué par les insuffisances cardiaques de l'hypertonie essentielle, et par ces « hypertrophies cardiaques, qui ne dépendent d'aucune maladie du cœur, et qui se terminent néanmoins par la dilatation et par la décompensation, sans qu'on sache pourquoi la décompensation se produit ».

Un second groupe est constitué par les « lésions artérioscléreuses ». L'existence de lésions athéromateuses n'exclut pas, mais semble bien confirmer au contraire, bien souvent, l'origine émotive et psychique des accidents : les spasmes vasculaires d'origine émotive, qui se produisent dans le territoire des coronaires, expliquent bien des crises angineuses et bien des lésions de dégénérescence myocardique en foyer, qui ne trouvent leur justification, ni dans une thrombose, ni dans une embolie, ni même dans une lésion athéromateuse particulièrement intense des coronaires (Jaffé). Ce qui est vrai pour le cerveau d'après Westphal, doit l'être également pour le myocarde. Le spasme vasculaire d'origine émotive peut d'ailleurs se produire dans des cas où il existe une lésion vasculaire très limitée, sans hypertension artérielle.

Un troisième groupe est représenté par les « hypotonies artérielles », groupe beaucoup moins bien défini que les « hypertonies », mais qui répond cependant à une catégorie bien déterminée de malades, soit qu'elles s'accompagnent d'hypertrophie cardiaque et d'exagération du deuxième bruit aortique (hypertrophie cardiaque de réaction purement mécanique à l'égard de l'hypotension périphérique), soit que l'hypertrophie cardiaque reste modérée et les bruits du cœur faibles, ce qui semble répondre à un affaiblissement de toute la musculature du système circulatoire, où l'action du parasympathique reste problématique.

Il faut enfin compter avec l'influence du régime de la circulation périphérique capillaire sur le cœur (Kraus), et avec les modifications de l'équilibre acide-base, qui peuvent résulter de facteurs psychiques (Eppinger) et retentir sur le cœur.

L'influence des émotions sur la pathologie cardiaque a donc perdu de son mystère, mais elle a gardé toute sa valeur pratique. Selon l'expression de K., « il n'y a guère de branche de la pathologie pour laquelle la personnalité du médecin et son influence psychique sur le malade jouent un rôle plus considérable que pour les maladies de cœur ».

J. Mouzon.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

O. Fleigel. *Thérapeutique par l'ingestion de rate dans la tuberculose articulaire* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LIV, nº 49, 7 Décembre 1928). — La physiologie de la rate a établi son rôle complexe en tant que glande vasculaire sanguine et organe anti-infectieux.

Des recherches récentes ont insisté sur l'existence d'anticorps utilisables dans la lutte antituberculeuse fournie par la rate de veau en particulier.

La thérapeutique proposée par F. est basée sur l'importance de cette action défensive, bactéricide, splénique et sur le rôle joué par la rate dans les processus de régénération osseuse et de cicatrisation.

L'auteur a choisi surtout des cas rebelles, ayant résisté à de multiples thérapeutiques : tuberculoses articulaires avec abcès fistulisés chroniques.

Le traitement orthopédique antérieurement appliqué était poursuivi sans changement, mais on y ajoutait une cure diététique de rate de veau crue pendant 4 semaines, suivie d'une interruption de 15 à 21 jours, puis d'une 2e cure.

Très rapidement, chez les malades ainsi traités, on observe une amélioration marquée par plusieurs symptômes objectifs :

1º Chute de la température;

2º Diminution de la suppuration;

3º Amélioration de l'aspect de l'ulcération qui se nettoie et bourgeonne;

4º Diminution de l'inflammation péri-fistuleuse;

5º Suppression des douleurs spontanées et même de la sensibilité locale;

6º Amélioration nette de l'état général.

Sur les 15 cas ainsi traités, il n'y a eu que 2 échecs, mais 5 malades sont totalement guéris et 8, notablement améliorés, ont encore une lésion urinaire qui paraît en bonne voie de régression totale.

Dans l'ensemble, ces résultats, encore passibles de certaines critiques et trop peu nombreux pour être concluants, sont cependant encourageants et méritent que des vérifications soient tentées sur une plus large échelle. G. Dreyfus-Sée.

Robert Schröder. *Les indications cliniques des préparations d'hormone sexuelle (tests cliniques)* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LV, nº 1, 4 Janvier 1929). — Les travaux biologiques ont bien établi l'action expérimentale des préparations d'hormone sexuelle, mais il est plus difficile de vérifier son efficacité, en médecine humaine, et de déterminer la correspondance des doses utiles.

Tout d'abord, il faut restreindre strictement l'application de cette thérapeutique aux troubles de fonctionnement de l'ovaire seul ou atteint de façon primitive et dominante. Les insuffisances polyglandulaires complexes ne peuvent servir de tests cliniques.

Physiologiquement, la glande ovarienne détermine essentiellement l'apparition du cycle menstruel — turgescence génitale et secondairement hémorragie —, mais elle ne joue aucun rôle évident sur la quantité de sang éliminée, ni sur la durée des règles, facteurs paraissant sous la dépendance de la circulation générale et du tonus du muscle utérin.

En outre, il existe une action ovarienne déterminant les caractères sexuels secondaires. L'ensemble de ces deux fonctions constitue le rôle végétatif ovarien dépendant de l'hormone ovulaire et folliculaire.

Le follicule mûr, l'élimination de l'œuf constitué, la formation du corps jaune représentent un stade plus évolué, au cours duquel l'hormone peut être décelée dans les cellules parvenues à maturité et même dans la circulation générale.

Tel est donc le processus génital et général sous la dépendance de l'hormone sexuelle, et ce sont les déficiences de ces phénomènes qui seules constituent les indications de la thérapeutique hormonique.

En conséquence, on la réservera aux arythmies menstruelles, quelle que soit la durée ou l'abondance de l'hémorragie, aux aménorrhées, aux dysménorrhées douloureuses, à certaines stérilités par hypoplasie génitale et insuffisance de maturation ovulaire, s'accompagnant ou non de troubles de croissance générale.

L'association de ces préparations aux extraits ovariens simples pourra parfois être utile dans les troubles consécutifs à la castration et à la ménopause, mais ces malades complexes ne peuvent servir de tests cliniques en ce qui concerne l'appréciation des résultats thérapeutiques.

La question des doses reste très discutée et aucun élément ne permet d'indiquer avec certitude les doses utiles. Seuls les essais thérapeutiques restreints à des malades relevant strictement de cette médication pourront fournir des indications précises.

Dans certains cas, le lobe antérieur hypophysaire exercerait une action stimulante ovarienne et serait utilement adjoint au traitement.

G. Dreyfus-Sée.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA (Stockholm)

E. J. Warburg et S. Jorgensen. *Psychoses et neurasthénie associées à l'achylie gastrique et à la mégalocytose; leurs rapports avec l'anémie pernicieuse* (*Acta medica scandinavica*, tome LXIX, nos 5-6, Décembre 1928). — W. et J. ont déjà insisté sur la valeur de la mégalocytose et de l'indice volumétrique du sang, plus fidèle que l'indice chromométrique, dans le diagnostic de l'anémie pernicieuse (V. *La Presse Médicale*, Analyses, 1927).

Ayant étudié le sang d'un grand nombre de sujets ayant de l'achylie gastrique, ils ont constaté que certains présentaient divers groupes de symptômes spéciaux : diarrhée gastrogène, anémie mégalocytaire, glossite souvent douloureuse, dégénérescence combinée subaiguë de la moelle, enfin troubles psychiques.

Ceux-ci succèdent souvent à une période préliminaire de « neurasthénie » qui peut durer pendant plusieurs années. Puis les troubles mentaux s'affirment. Tantôt il s'agit d'états aigus d'excitation, souvent accompagnés d'idées de persécution et d'autres hallucinations et illusions. Ces états peuvent être très passagers; toutefois ils se prolongent d'ordinaire pendant quelques jours ou quelques semaines. Assez fréquemment leur éclosion est provoquée par un choc psychique.

Dans des cas plus rares, le stade aigu a été marqué par des troubles de type mégalomaniaque, si bien que la confusion a pu être faite avec la paralysie générale.

Encore moins fréquemment, on constate le passage d'une intelligence assez brillante à la démence pure. Des cas isolés de paranoia prolongée ont été aussi observés.

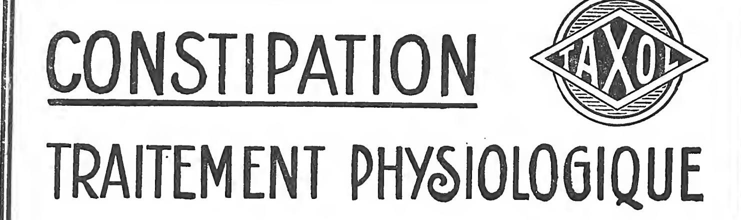
Parfois les formes légères de faiblesse mentale s'accompagnent d'une certaine systématisation dans les illusions et les hallucinations, de diminution de la mémoire des faits récents et de confabulation, ressemblant ainsi à la psychose de Korsakow.

Pendant les périodes d'excitation, les patients deviennent assez souvent dangereux pour autrui et, dans quelques cas, pour eux-mêmes.

W. et J. rapportent 6 cas de ce genre qui tous présentaient des signes d'atteinte médullaire. Dans 2 cas, il y avait une lymphocytose légère du liquide céphalo-rachidien. L'anémie la plus accentuée ne se montra pas en même temps que les troubles mentaux les plus accusés. Il est vrai que plusieurs des malades avaient été traités de bonne heure par de grosses doses d'acide chlorhydrique et de foie, qui ont parfois une action favorable également sur les troubles mentaux.

En terminant, W. et J. rassemblent une série de faits du même ordre empruntés à la littérature. Il est remarquable que, dans certains cas, les troubles mentaux se montrent avant la période d'anémie grave. P.-L. Marie.

O. J. Nielsen. *Les dérivés de l'acridine dans le traitement du diabète* (*Acta medica scandinavica*, tome LXIX, nos 5-6, Décembre 1928). — Ce travail, dont le point de départ se trouve dans des observations cliniques et anatomo-pathologiques, est basé sur l'hypothèse que le diabète, tout au moins dans certains cas, a pour origine une infection développée dans le pancréas ou dans tout autre organe, et que


CONSTIPATION
TAXOL
TRAITEMENT PHYSIOLOGIQUE


TAXOL

ces cas pourraient être accessibles à certaines tentatives chimiothérapiques.

Les essais ont porté sur 27 malades dont certains ont pu être suivis pendant plusieurs années. Le traitement a consisté en injections intraveineuses de trypaflavine, puis de septacrol Ciba. On n'institua pas de régime rationnel pendant le traitement; au contraire, on augmenta le taux des hydrates de carbone pour ne pas masquer par le traitement diététique les résultats obtenus au moyen des injections.

N. relate en détail les observations de ses malades, en les faisant suivre de quelques commentaires. D'une façon générale, les résultats semblent prouver l'exactitude de l'hypothèse de N. : souvent l'hyperglycémie et la glycosurie disparurent, bien que les malades reçussent une alimentation dépassant leur tolérance. Mais N. s'est rendu compte aussi que les substances injectées n'étaient pas idéales et il essaie actuellement d'autres dérivés de l'acridine. Le résultat s'obtient parfois au bout de peu d'injections relativement; parfois une longue série est nécessaire. Cette méthode ne se prête pas seulement à une association avec d'autres thérapeutiques, mais elle paraît avoir aussi son domaine et ses indications propres.

L'action observée n'est pas immédiate et ne semble pas être directe; on ne saurait donc pas la comparer à celle de l'insuline ; aussi la méthode ne convient-elle pas au traitement des états d'insuffisance aiguë.

P.-L. Marie.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES (Philadelphie)

S. A. Levine et M. N. Fulton. ***Les rapports entre l'hypertension et le rétrécissement mitral*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXVI, nº 4, Octobre 1928). — L. et F. ont été frappés de constater souvent une certaine hypertension chez les sujets atteints de rétrécissement mitral et ayant dépassé 45 ans. Ils ont analysé à cet égard 769 cas de sténose mitrale et voici les conclusions auxquelles ils aboutissent.

Le rétrécissement mitral par lui-même tend à s'accompagner d'une hypotension légère ; mais, avec les années, les sujets atteints de cette affection présentent de l'hypertension artérielle bien plus souvent que les autres individus. Parmi 159 cas de rétrécissement mitral au-dessus de 45 ans, il y en avait 92, soit 58 pour 100, qui avaient de l'hypertension.

L'analyse des observations montre que le rétrécissement mitral trouvé chez les malades assez âgés ne fait pas partie uniquement d'un processus scléreux généralisé, mais qu'il reconnaît une origine rhumatismale, car on rencontre chez ces patients des antécédents de crises de rhumatisme articulaire aigu et de chorée avec la même fréquence que chez les sujets plus jeunes.

L. et F. estiment que cette association inhabituelle de rétrécissement mitral et d'hypertension résulte d'une vulnérabilité spéciale de ces sujets vis-à-vis des affections vasculaires dégénératives et infectieuses tout à la fois.

Il semble bien que l'hypertension exerce une influence favorable sur le rétrécissement mitral, probablement par suite de l'effet causé par l'hypertension sur le ventricule gauche qui tend à maintenir sa cavité dilatée et à distendre l'anneau mitral et à s'opposer ainsi à la rétraction résultant de la sténose mitrale. L'hypertension tend également à compenser le déséquilibre entre les deux ventricules qui résulte du rétrécissement mitral.

P.-L. Marie.

W. B. Farnum. ***L'influence de l'amygdalectomie sur les cardiopathies préexistantes chez les adultes*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXVI, nº 4, Octobre 1928). — Etude faite sur 526 malades suivis à la Clinique de Cardiologie de Saint-Luke's Hospital depuis 2 semaines jusqu'à 9 ans et atteints d'endocardite chronique, exceptionnellement de myocardite. Chez 295, on trouvait une histoire de rhumatisme articulaire aigu, chez 51 une chorée antérieure et chez 275 des amygdalites aiguës à répétition dans les antécédents. Parmi ces patients, 180 subirent l'amygdalectomie après avoir été en observation pour leur cardiopathie.

Les résultats sont loin d'être enthousiasmants.

D'abord, il ne faut pas attendre de l'amygdalectomie un arrêt quelconque dans les progrès de l'affection cardiaque.

Bien que faite dans des conditions aussi parfaites que possible, l'amygdalectomie déclenche parfois une crise de rhumatisme articulaire aigu, suivie d'une aggravation de l'atteinte endocardique ou myocardique.

L'amygdalectomie ne met en aucune façon un terme aux récidives des angines; celles-ci sont fréquemment concomitantes du rhumatisme articulaire aigu et d'une manifestation nouvelle de l'atteinte cardiaque.

L'amygdalectomie ne semble pas avoir eu grand effet sur les récidives de la chorée, puisque 20 p. 100 des malades environ en présentèrent, aussi bien ceux qui avaient été opérés que ceux qui ne l'avaient pas été.

L'amygdalectomie ne semble pas prévenir les crises de décompensation cardiaque; celles-ci, chez les malades opérés, peuvent s'accompagner de fièvre.

On peut donc conclure que les espérances qu'on avait mises dans l'amygdalectomie pour obtenir une amélioration d'une cardiopathie préexistante chez l'adulte reposent sur une base bien fragile. Si l'amygdalectomie doit être un jour employée sur une grande échelle comme mesure thérapeutique normale dans les cardiopathies, tout au moins faudra-t-il la mettre en œuvre précocement, avant le début même de la complication cardiaque ou très vite après ses premières manifestations, pour en obtenir le maximum de résultats.

La cardite rhumatismale à toutes ses périodes ne représente qu'un épisode d'une infection généralisée qu'on appelle fièvre rhumatismale ou rhumatisme articulaire aigu. L'ablation des amygdales, bien qu'effectuée avant l'apparition de la cardite, ne met pas à l'abri sûrement de cette localisation ; elle ne permet pas à elle seule d'arrêter les progrès de la maladie cardiaque existante, car la cause de l'infection peut être encore présente dans la gorge ou en tout autre point de l'organisme.

P.-L. Marie.

M. Morrison, M. Lederer et W. Fradkin. ***Les rates accessoires et leur signification dans le purpura essentiel thrombocytopénique*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXVI, nº 5, Novembre 1928). — Le purpura essentiel thrombocytopénique ou maladie de Werlhof, caractérisé par la diminution considérable des plaquettes sanguines, l'allongement du temps de saignement, le signe du lacet et l'irrétractilité du caillot, a été attribué soit à l'hyperfonctionnement primitif de la rate (Kaznelson), soit à des altérations des mégacaryocytes de la moelle osseuse (Frank), la rate n'intervenant que secondairement, soit à une fragilité ou à un déficit héréditaire des plaquettes elles-mêmes (Glanzman).

La splénectomie donne de bons résultats, mais qui ne sont souvent que temporaires. Spencer qui vient de passer en revue 101 cas de purpura thrombocytopénique opérés indique une mortalité de 17 pour 100 et dans 15 pour 100 des cas des résultats précaires, c'est-à-dire la réapparition d'un état analogue à celui qui existait avant l'opération.

Ayant eu l'occasion d'observer deux cas où le résultat fut excellent dans l'un et seulement passager dans l'autre, M., L. et F. attirent l'attention sur le rôle probable joué par les rates accessoires dans ce dernier cas. Il s'agissait d'une jeune fille de 17 ans présentant le tableau clinique et hématologique typique de l'affection depuis quatre ans; la rate était petite et il existait au moins une rate accessoire du volume d'une noix qui ne fut pas enlevée.

Les auteurs croient que ces rates subissent une hypertrophie compensatrice et provoquent de nouveau les troubles dus à la rate principale qui a été enlevée. On a noté que les résultats opératoires sont, en général, d'autant meilleurs que la rate enlevée est plus volumineuse ; or, c'est précisément dans ce cas que la présence de rates accessoires est le plus rare. Ces rates se rencontrent fréquemment et en des points très divers et le chirurgien doit tenter de les repérer et de les supprimer.

P.-L. Marie.

L. W. Johnson et P. F. Dickens. ***Les méthodes de laboratoire dans le diagnostic différentiel entre l'ictère chirurgical et l'ictère non chirurgical*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXVI, nº 5, Novembre 1928). — Le chirurgien peut, en cas d'ictère, tirer d'utiles indications des méthodes de laboratoire. Leur emploi judicieux permet de déterminer de bonne heure les cas qui relèvent de la chirurgie, de les opérer précocement, condition capitale pour une bonne réussite, et de choisir la méthode la plus convenable. Ainsi arrive-t-on à abaisser beaucoup la mortalité et à limiter les altérations définitives que cause l'ictère chronique dans le foie, le rein et les autres organes.

Les méthodes de laboratoire essentielles sont les suivantes : 1º réaction directe ou indirecte du sérum ictérique à l'égard du réactif de Van den Bergh ; 2º comportement de la courbe des pigments du sérum déterminée au moyen de la réaction de Van den Bergh ou de la méthode de l'indice ictérique ; 3º appréciation de la quantité de bile qui parvient dans l'intestin au moyen du tubage duodénal ; 4º épreuve de la bromsulphaléine.

Les indications du laboratoire en faveur d'une intervention chirurgicale sont : un ictère persistant et croissant, accompagné d'une réaction immédiate directe de Van den Bergh, la rétention de la bromsulphaléine, l'absence de bile ou du colorant dans le contenu duodénal.

La présence du colorant dans le duodénum, 30 minutes après son administration, permet, d'après J. et D., de rejeter le diagnostic d'obstruction biliaire extra-hépatique complète. Une rétention élevée du colorant indique ou une obstruction du cholédoque ou une perte de fonctionnement d'une vaste portion du parenchyme hépatique. Les ictères toxiques ou infectieux s'accompagnent d'une rétention relativement élevée du colorant ; toutefois, elle est inférieure de 15 à 20 pour 100 à ce que l'on observe en cas d'obstruction du cholédoque. Les tumeurs malignes du foie s'accompagnent d'une rétention relativement faible du colorant qui peut être extrait par tubage duodénal.

Les procédés de laboratoire fournissent ainsi une aide précieuse pour distinguer les affections chirurgicales des tumeurs malignes du foie. Ils donnent des indications post-opératoires au chirurgien en lui montrant s'il est prudent ou non de supprimer le drainage.

J. et D. insistent sur l'importance de l'administration de glycose et de sel dans le traitement pré- et post-opératoire ; elle peut, en effet, s'opposer efficacement à la tétanie et au coma.

P.-L. Marie.

RÉPERTOIRE DE MÉDECINE PRATIQUE

(N° 482)

Un classeur des **Répertoires de Médecine pratique** *est en vente à nos bureaux au prix de : France et étranger*, **9** francs *(envoi franco)*.

Les vomissements symptomatiques de sténose du pylore chez les nourrissons

Des enfants venus à terme, dans des conditions normales. avec un développement physiologique, nourris au sein, se mettent à *vomir* après deux, trois, quatre semaines d'une santé parfaite. On pense tout d'abord à une faute d'ordre hygiénique, à la suralimentation résultant de tétées trop abondantes ou trop rapprochées, ou parle de gastrite ou de gastro-entérite; mais il y a constipation plutôt que diarrhée et la palpation du ventre ne révèle rien d'intestinal. Tout est dans l'estomac et dans le *spasme* de cet organe. En effet le vomissement a un caractère *explosif*; le lait est projeté violemment et à distance hors de la bouche. Ce vomissement spasmodique se répète après chaque tétée ou chaque biberon et il en résulte rapidement une déshydratation des tissus et une perte de poids corporel considérable. Les vomissements ne contiennent pas de *bile*; ils sont purement alimentaires et pituiteux. Le peu d'aliments qui passe dans l'intestin ne suffit pas à nourrir l'enfant et à susciter les contractions intestinales; il en résulte une constipation opiniâtre. D'autre part, la fonction urinaire est déficiente ; oligurie et constipation marchent de pair; elles relèvent de la même cause; elles sont étroitement liées au vomissement. L'enfant étant couché sur le dos, le ventre découvert, on perçoit de temps à autre des vagues épigastriques allant de gauche à droite qui traduisent à la vue les contractions péristaltiques de l'estomac. Ces contractions ont pour but et devraient avoir pour résultat le passage du lait dans le duodénum; mais elles rencontrent une barrière au niveau du sphincter pylorique. Là se trouvent des fibres longitudinales et circulaires hypertrophiées qui effacent la lumière du canal pylorique. Le lait poussé dans cette direction et ne pouvant franchir l'obstacle reflue vers le cardia et remonte dans l'œsophage pour être projeté violemment au dehors. Aux mouvements péristaltiques succèdent immédiatement des mouvements antipéristaltiques et l'aliment au lieu d'être digéré et assimilé est perdu pour l'organisme. Parfois la palpation méthodique du ventre permet de sentir à droite, audessous du foie, une petite masse olivaire, mobile et ferme, qui répond à la sténose hypertrophique du pylore. Mais il ne faut pas compter sur cette constatation directe. Le plus souvent on ne sent rien au palper et la vue seule montre une région épigastrique ballonnée par la distension de l'estomac, tandis que l'hypogastre et les flancs sont affaissés par suite de la vacuité des intestins. On a prétendu que l'affection qui détermine ces vomissements incoercibles était congénitale; mais les vomissements sont relativement tardifs et la doctrine du *gastrospasme* préalable trouve un argument dans ce retard des symptômes. Et la question se pose encore aujourd'hui, de savoir si l'hypertrophie du sphincter pylorique a précédé ou suivi le gastrospasme et le pylorospasme.

1° On a dit que le traitement médical n'existait pas ; cependant on a vu parfois des mesures d'hygiène alimentaire (rations réduites, mais rapprochées, succédanés du lait, bouillies épaisses) amener un résultat favorable.

2° L. W. Sauer et Langley-Porter ont recommandé la préparation suivante :

Lait écrémé	250 gr.
Eau	340 gr.
Farine	6 cuill. à soupe.
Sucre	3 cuill. à soupe.

Faire bouillir une heure et donner chaud à raison de 2 à 8 cuillerées à soupe par repas suivant l'âge.

3° Pour diminuer le spasme, faire prendre avant chaque repas *une goutte* de la solution suivante dans une cuillerée à café d'eau sucrée :

Sulfate neutre d'atropine	Un centigr.
Eau bouillie	10 gr.

Le second jour, si les vomissements ne cèdent pas, on peut aller à deux gouttes avant chaque repas.

4° En cas d'allaitement au sein, le changement de nourrice peut parfois sauver l'enfant comme nous en avons vu un cas très grave.

5° Mais, si tout a échoué, il ne faut pas s'attarder au traitement médical, le dernier mot appartient au chirurgien. Après avoir traité la sténose du pylore par la gastro-entérostomie, qui réussit rarement, les chirurgiens ont adopté la méthode de Fredet-Rammstedt qui consiste dans la *pylorotomie* extra-muqueuse : incision longitudinale de la couche musculaire hypertrophiée jusqu'à la muqueuse qu'on respectera. Le cours du chyme se rétablit, les vomissements cessent et les enfants guérissent dans une forte proportion.

J. Comby.

RÉPERTOIRE DE MÉDECINE PRATIQUE

(N° 483)

Un classeur des **Répertoires de Médecine pratique** *est en vente à nos bureaux au prix de : France et étranger*, **9** francs *(envoi franco)*.

Traitement des angiocholites aiguës

Les angiocholites aiguës surviennent *au cours d'une maladie infectieuse aiguë* ou d'une *cholélithiase infectée*. Elles compliquent souvent une cholécystite.

Survenant au cours ou à la fin d'une maladie infectieuse (fièvre typhoïde ou paratyphoïde surtout, infection puerpérale, pneumonie, érysipèle, grippe, scarlatine, variole), elles n'ont qu'une histoire clinique assez estompée, les symptômes attirant l'attention du côté des voies biliaire étant la douleur dans la région hépatique, l'augmentation de la fièvre.

Survenant au cours d'une cholélithiase infectée, elles se compliquent plus souvent d'infection des gros canaux biliaires et évoluent plus souvent vers la *suppuration*; la fièvre est alors le symptôme le plus caractéristique.

1° *Repos absolu au lit*;

2° Les premiers jours, *diète hydrique* avec boissons abondantes; eau pure ou infusions aromatiques : thé léger, tilleul, menthe, verveine, etc.

Au bout de quelques jours *régime lacté* : lait écrémé, d'abord 1 lit., dans les vingt-quatre heures, puis 1 l. 1/2, 2 lit. et 2 l. 1/2 ; pris par petites quantités, par petites tasses toutes les demi-heures. La bouche sera rincée, à chaque prise, avec de l'eau alcaline. *Si le lait provoque de la diarrhée*, ajouter dans chaque tasse une cuillerée à café d'*eau de chaux*. Si le lait est mal toléré, essayer le *kéfir maigre* ou le *yoghourt*, ou bien adjoindre au régime lacté des *ferments lactiques* : par exemple : biolactyl liquide trois fois par jour en dehors des prises de lait. Chez certains malades atteints de troubles intestinaux avec colite, le lait donne de la diarrhée fétide. Cesser alors le régime lacté et donner du *bouillon de légumes* : carottes + pommes de terre : ââ 65 gr. + navets + pois ou haricots secs : ââ 25 gr. Faire bouillir quatre heures dans 4 litres d'eau dans une marmite fermée et ajouter après la cuisson; 4 gr. de sel par litre de bouillon. Ce bouillon doit être préparé tous les jours et employé frais ; — ou bien du *bouillon de céréales* : blé + orge perlé + maïs concassé + haricots blancs secs + pois secs + lentilles : ââ 30 gr. Faire bouillir trois heures dans 3 litres d'eau à l'air libre. Passer et ajouter 10 gr. de sel.

Aux bouillons on pourra ajouter plus tard des *farines* (avoine, blé vert), du tapioca, farine de lentilles, pois, etc., et on ajoutera un peu de beurre frais au moment de servir. Plus tard on ajoutera des gelées ou des compotes de fruits.

Puis on passera au *régime lacto-végétarien ou farineux et végétarien* : potages de farines de céréales au lait ou à l'eau ou au bouillon de légumes, gruaux d'orge et d'avoine, tapioca, arrow-root, vermicelle; pâtes alimentaires (nouilles, macaroni, spaghettis) cuites à l'eau, légumes verts cuits à l'eau, additionnés de beurre frais à table; haricots verts, salades cuites, endives, artichauts, céleris, carottes, laitues, épinards, poireaux. Purées de pommes de terre, lentilles, riz. Fromages Gervais. Marmelades ou gelées de fruits. Confitures. Biscottes. Boisson : eau ou lait écrémé;

3° Appliquer, sur la région du foie, des *badigeonnages avec du salicylate d'amyle* et recouvrir de *compresses humides et chaudes* fréquemment renouvelées ;

4° Si ce moyen ne suffit pas à calmer la douleur, appliquer sur la région du foie *un sac de glace en permanence*, séparé de la peau par une flanelle (bien talquer la peau) ;

5° Si les douleurs sont trop violentes, mettre un suppositoire contenant 1 *centigr. de morphine* ou bien faire une injection sous-cutanée de 1 centigr. de morphine associé à 1/2 milligr. de sulfate d'atropine ;

6° Le matin, à midi et à 17 heures, prendre un comprimé de 0 gr. 50 *d'uroformine* dissous d'avance dans un verre d'eau (en cas de ténesme vésical, pollakiurie, diminuer la dose) ;

7° Chaque jour donner un *lavement froid d'un litre d'eau bouillie*. Quand il sera évacué, donner un petit lavement à garder, de 100 gr. d'eau bouillie tiède additionnée de 2 gr. de *salicylate de soude* et de VI gouttes de laudanum : répéter ce dernier lavement deux à trois fois par jour;

8° Faire une ou deux fois par jour, suivant la température, une injection intraveineuse ou intramusculaire avec une ampoule de *septicémine* ;

9° Plus tard, on pourra remplacer l'uroformine par de petites doses quotidiennes de *calomel* (0 gr. 05) et par des pilules de *bilifluine* : 4 à 6 par jour;

10° *On peut persister dans ce traitement médical deux à trois semaines*, tant que l'état général n'est pas trop compromis et qu'il n'y a aucune tendance vers l'ictère grave. Mais *en cas d'infection grave* (frissons et fièvre par grands accès ou continue entre 39° et 40°, langue sèche, subdélire nocturne, amaigrissement, leucocytose permanente) *et en cas de rétention biliaire* (grosse vésicule tendue et douloureuse ou empâtement profond, ictère), pratiquer le *drainage chirurgical des voies biliaires* (*cholécystostomie* ou, plus rarement *cholédocotomie* et drainage de l'hépatique).

A. Lutier.

REVUE DES JOURNAUX

ARCHIVES des MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DE LA NUTRITION (Paris)

François Moutier et Louis Camus. ***La glycémie à jeun et l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée dans la maigreur*** (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, tome XVIII, nº 10, Décembre 1928). — L'étude de la glycémie à jeun et de l'hyperglycémie expérimentale provoquée dans les divers états de maigreur constitutionnelle ou d'amaigrissement permet aux auteurs de conclure à l'existence, dans ces cas, d'un trouble de la glyco-régulation. Ce trouble est qualitativement, sinon quantitativement, analogue à celui des obèses. Il se rapproche, dans les cas extrêmes, de celui des diabétiques.

Deux types se détachent nettement sur l'ensemble des graphiques : la courbe, d'ascension et de descente brusques, de la presque totalité des *hyperthyroïdiens*, la courbe, d'ascension et de descente lentes avec une aire très forte, des *paradiabétiques*. Le syndrome du paradiabète se rencontre également chez maigres et obèses ; il serait particulièrement intéressant de préciser sa valeur pronostique et son sens évolutif.

De nombreux facteurs étiologiques interviennent dans la perturbation du mécanisme glyco-régulateur : ptoses, déficit hépatique et pancréatique, altérations humorales, dysfonctions endocriniennes, On ne saurait attribuer à ces divers facteurs une courbe réactionnelle spéciale.

L'épreuve de l'hyperglycémie provoquée permet d'acquérir de façon rapide et simple, sans aucun aléa pour le sujet étudié, des notions particulièrement intéressantes sur une des fonctions les plus importantes de l'organisme : la glyco-régulation. Elle autorise à préciser, dans certains cas (hyperthyroïdisme, paradiabète), le syndrome morbide.

Associée aux autres examens de laboratoire, et notamment à l'étude du métabolisme basal, elle paraît susceptible de fournir des renseignements importants. L. Rivet.

LE SANG (Paris)

Brocq-Rousseu et Roussel. ***La soif après la saignée*** (*Le Sang*, tome III, nº 1, Janvier 1929). — B.-R. et R. ont recherché, par des expériences en série sur des chevaux, les variations de la soif après la saignée et la quantité d'eau nécessaire au rétablissement de l'équilibre hydrique de l'organisme. Ils concluent que les animaux boivent en général davantage après la saignée. Mais ce fait est loin d'être constant, il est essentiellement variable. Il faut faire intervenir, surtout dans cette régulation, l'eau du système lacunaire qui joue un rôle de premier plan. A. Escalier.

REVUE DES MALADIES DU FOIE, DU PANCRÉAS ET DE LA RATE (Paris)

Le Roy des Barres. ***De l'utilité de la ponction hépatique dans certaines formes d'hépatite amibienne diffuse*** (*Revue médico-chirurgicale des maladies du foie, du pancréas et de la rate*, tome III, nº 6, Novembre-Décembre 1928). — Une longue expérience des ponctions du foie, au cours de l'amibiase hépatique, a permis à l'auteur de constater qu'elles pouvaient avoir un effet thérapeutique. Autrefois, avant le traitement émétinique, la ponction pouvait entraîner l'amélioration et même la guérison de certaines congestions amibiennes du foie.

Actuellement, elle favorise la guérison quand le traitement à l'émétine paraît insuffisant ou que son action se ralentit. Peut-être faut-il chercher le mécanisme de cette action favorable dans une sorte de choc ; ce choc serait dû à l'épanchement de sang et de bile en minime quantité dans le parenchyme hépatique hors des vaisseaux ou canalicules traumatisés. Il sensibiliserait les amibes à l'action de l'émétine. A. Escalier.

JOURNAL D'UROLOGIE (Paris)

Petzetakis. ***La pasteurellose urinaire*** (*Journal d'urologie*, 5 Novembre 1928). — P. publie un cas d'urétrite avec cystite et orchiépididymite (traitée comme blennorragie), et qui était dû à une *Pasteurella*, comme il a été montré dans les cultures.

L'auto-vaccin a guéri le malade.

L'auteur rappelle que cette urétrite, décrite pour la première fois, n'est pas rare à Alexandrie où M. Papadopoulo en a observé plusieurs cas.

L'auteur se demande, à propos d'un autre cas qui a présenté une fièvre continue pendant plusieurs jours, puis finalement une urétrite avec cystite à pasteurella, s'il n'y a pas une pasteurellose, maladie générale, où l'urétrite ou la cystite seraient la localisation finale de la maladie.

En tout cas, d'après les observations faites à Alexandrie, il existe assez fréquemment une urétrite qui peut être confondue par des personnes peu compétentes avec la blennorragie et qui est due à une pasteurella.

REVUE FRANÇAISE DE PÉDIATRIE (Strasbourg)

R. Waitz (de Paris) ***Les troubles thermiques du nouveau-né*** (*Revue française de Pédiatrie*, tome IV, nº 6, Décembre 1928). — Le nouveau-né présente, pendant les premiers jours, des troubles de l'équilibre thermique. Sur 1471 enfants, W. a observé 38 cas d'*hyperthermie* et 9 d'*hypothermie*.

Au point de vue étiologique, les facteurs obstétricaux sont à mettre en première ligne : primiparité, rétrécissement du bassin, prématurité ou, au contraire, gros enfant, rupture prématurée des membranes, travail long et pénible nécessitant, dans 36 pour 100 des cas, une intervention (application de forceps, grande extraction de siège, césarienne). Ce sont précisément ces facteurs obstétricaux qui entraînent les lésions aseptiques du nouveau-né, diffuses, presque constantes au niveau des méninges. Ils facilitent, en outre, l'infection amniotique. Les toxi-infections maternelles et la syphilis ne semblent jouer à W. qu'un rôle très restreint, sinon nul.

Chez les enfants présentant des troubles thermiques, W. a relevé, dans 36 pour 100 des cas, des signes de *souffrance fœtale in utero* et dans 70 p. 100 des cas, à la naissance l'*état de mort apparente* ou l'*état étonné*. Or, ces divers syndromes sont liés, avant tout, à des lésions cérébroméningées.

Les *hyperthermies* peuvent exister dès la naissance, elles peuvent être secondaires et importantes ; enfin tardives et prolongées.

Les *hypothermies* peuvent être précoces, rapides et graves, prolongées, avec clochers ou avec oscillation.

Dans 73 pour 100 des cas, ces troubles thermiques coexistent avec d'autres phénomènes : convulsions, vomissements, symptômes pulmonaires, pyodermite, etc. Les symptômes nerveux sont particulièrement fréquents, et 96 pour 100 des ponctions lombaires montrent l'existence constante d'œdème aigu des méninges et la présence très fréquente d'hémorragies surajoutées.

De l'étude, très détailllée, entreprise par W., il résulte que pendant les 12 premiers jours, les troubles thermiques peuvent être divisés en 2 catégories :

1º *Les fièvres et les hypothermies infectieuses.* Très précoces, elles sont à localisation pleuro-pulmonaire, dues à une infection amniotique ou ombilicale, et très graves. A partir du 4e ou du 5e jour, elles sont cutanées ou sous-cutanées.

2º *Les hyperthermies et hypothermies aseptiques.* De beaucoup les plus fréquentes, elles sont le fait des lésions déterminées par l'accouchement et surtout de lésions cérébro-méningées. G. Schreiber.

E. Wieland (de Bâle). ***L'héliothérapie artificielle indirecte (aliments irradiés, vitastérine, ergostérine irradiée) chez les rachitiques*** (*Revue française de Pédiatrie*, tome IV, nº 6, Décembre 1928). — 3 ans 1/2 d'héliothérapie artificielle indirecte et l'étude de 200 enfants rachitiques, observés à la clinique infantile de Bâle, permettent à W. de formuler les conclusions suivantes :

L'héliothérapie artificielle indirecte, à l'aide d'aliments irradiés, notamment par le *lait irradié frais* ou *sec* ou bien par l'*ergostérine irradiée* (vitamine D), guérit tous les cas de rachitisme infantile de la même manière et en même temps (4 à 8 semaines) que l'irradiation directe par les rayons ultra-violets au-dessous de 300 millimikrons de longueur (lampe de quartz).

L'héliothérapie indirecte est particulièrement indiquée chez les nourrissons prématurés et débiles, parce qu'elle évite les refroidissements et contaminations dans les chambres d'irradiation commune.

Les prétendus effets nuisibles du lait sec irradié (pertes de poids, arrêt du développement, malnutrition, etc.) ne sont pas observés par l'emploi raisonnable d'un lait sec irradié de bonne qualité et convenablement traité. Un tel lait conserve son pouvoir antirachitique pendant 4 à 5 mois. Par contre, le lait *frais* irradié dans une atmosphère saturée d'acide carbonique à l'exclusion d'oxygène doit être consommé dans les 24 heures. Ce lait frais, par contre, ne présente nullement le goût de brûlé comme le lait sec.

L'*ergostérine irradiée* ou la vitamine D à doses de 2-4 milligr. par jour a les mêmes propriétés antirachitiques que le lait irradié ; elle offre, en outre, l'avantage d'être tolérée par certains nourrissons qui risquent une dyspepsie par l'emploi d'un lait irradié frais ou sec.

Les effets nuisibles du facteur antirachitique ne sont dus qu'à son *surdosage* . *surdosage absolu* chez les animaux de Pfannenstiel, Kreitmair et Moll et Reyher, ainsi que chez les nourrissons sains de F. A. Hess et de Hottinger; *surdosage relatif* chez les enfants débiles de Degkwitz et d'autres.

Pour épargner à l'héliothérapie indirecte un contre-coup regrettable et fort immérité, il serait bon de mettre sous contrôle la vente de l'ergostérine irradiée. G. Schreiber.

André Dufourt (de Lyon). ***Recherches sur les diarrhées estivales des nourrissons*** (*Revue française de Pédiatrie*, tome IV, nº 6, Décembre 1928).

L'origine infectieuse des diarrhées estivales graves des nourrissons doit être recherchée, selon D., dans un apport exogène. Ces diarrhées ne sont pas dues à une exaltation ou à une extension de la flore saprophyte de l'intestin du nourrisson.

Les germes habituellement isolés dans les selles ne sont tous ou presque tous que des saprophytes du tube digestif. Dans quelques cas, l'exaltation de virulence pour l'animal du colibacille autorise à laisser en discussion l'action pathogène de ce germe et de sa toxine, l'un et l'autre pouvant être d'apport exogène.

L'apport exogène est constitué, particulièrement, dans les cas de choléra infantile, soit par un germe sporulé, soit plus probablement par une toxine ther-

mostable dont l'effet hautement diarrhéigène se retrouve dans les filtrats de selles de nourrissons.

Le lait de vache ordinaire est le véhicule habituel des germes et des toxines. L'ébullition à 100° n'est pas suffisante pour le rendre sûrement inoffensif, si elle est de courte durée. Dans les crèches, d'autre part, on peut observer des contages d'enfants malades à enfants sains.

D. signale, en terminant, que le sérum d'animaux immunisés avec des filtrats de selles de choléra infantile paraît favoriser la guérison d'un certain nombre de diarrhées estivales graves des nourrissons.

G. Schreiber.

PARIS MÉDICAL
(Paris)

F. Coste et J. Petuc. ***Les réactions d'immunité dans la scarlatine*** (*Paris médical*, tome XIX, n° 2, 12 Janvier 1929). — Certains auteurs ayant contesté la valeur des réactions d'immunité dans la scarlatine, C. et P. ont, chez une trentaine de scarlatineux, étudié parallèlement la réaction de Dick, la mesure du pouvoir extincteur du sérum du malade vis-à-vis d'une éruption scarlatineuse, le dosage du pouvoir neutralisateur de ce sérum vis-à-vis de la toxine streptococcique.

Leurs observations ont confirmé les recherches de Dick. Ils ont toujours observé le virage de la réaction de Dick quelquefois précocement, en tout cas avant le 20e jour. Elle est négative chez tous les convalescents.

Ils ont essayé de pratiquer l'intradermo-réaction comparativement avec 1 dose (réaction de Dick proprement dite), avec 10 doses et avec 50 doses de toxines. Les intradermo-réactions à doses plus fortes de toxine ne donnent qu'une idée très imparfaite de l'immunité humorale et probablement même cutanée car il y a beaucoup de « fausses réactions ».

La neutralisation de la toxine et l'extinction de l'éruption par le sérum d'un sujet donné sont parallèles et montrent également son état d'immunité.

Le sérum antiscarlatineux expérimental a un pouvoir extincteur 5 fois plus puissant que celui des sérums de convalescents; ce pouvoir est proportionnel à son pouvoir neutralisateur.

Il se comporte donc d'une façon identique vis-à-vis de l'exanthème symptôme scarlatin et de l'érythème produit par la toxine du *streptococcus scarlatinæ*. On peut obtenir avec le streptocoque une antitoxine plus active vis-à-vis d'une manifestation scarlatineuse comme l'exanthème que le propre sérum des sujets guéris de la maladie.

Robert Clément.

J. Nicolas, J. Lacassagne et J. Rousset. ***Le traitement du lupus érythémateux par les injections de sels de bismuth*** (*Paris médical*, tome XIX, n° 3, 19 Janvier 1929). — N., L. et R. rapportent 17 observations de lupus érythémateux, traités par des injections intramusculaires de sels insolubles de bismuth en solution huileuse.

Ils ont observé que la valeur de cette médication est plus grande que ne l'ont dit Hudelo et Rabut, Lortat-Jacob et Legrain, Sézary et Benoist à la Société de Dermatologie. Si tous leurs malades n'ont pas été mis à l'abri de récidives possibles, la rapidité de la rétrocession de la maladie, l'effet immédiat sur les signes subjectifs, l'état des téguments après guérison plaident en faveur de cette thérapeutique.

Ils ne tirent pas argument des résultats du bismuth dans le lupus pour en conclure à sa nature syphilitique. La fréquence des antécédents tuberculeux héréditaires ou personnels, la coexistence d'autres lésions tuberculeuses, la biopsie, la constance de la positivité du séro-diagnostic tuberculeux plaident en faveur de la nature tuberculeuse du lupus. N., L. et R. ont d'ailleurs constaté des guérisons aussi remarquables dans des formes nodulaires de lupus ayant tuberculisé le cobaye.

Robert Clément.

BRUXELLES MÉDICAL

E. Pittard (de Genève). ***Sur un rapport présumé entre le cancer et la race dans les Iles britanniques*** (*Bruxelles médical*, tome IX, n° 10, 6 Janvier 1929). — P., chargé d'examiner les rapports qui peuvent exister entre la race et le cancer, a publié un rapport à la Société des Nations sur ce sujet, basé sur des chiffres statistiques erronés qu'on lui avait fournis. Il reprend, chapitre par chapitre, les tableaux statistiques de la mortalité par cancer pour la population âgée de 45 ans et plus, pendant la période 1919 à 1923, en rangeant les comtés d'Angleterre, du pays de Galles par ordre croissant de taux de mortalité. Dans les comtés à fortes densités humaines, la moyenne du taux de mortalité par cancer est de 41,64 inférieure à celle des comtés de faible population.

Robert Clément.

E. Pittard (de Genève). ***Sur un rapport présumé entre le cancer et la race dans les Iles britanniques*** [*suite et fin*] (*Bruxelles médical*, tome IX, n° 11, 13 Janvier 1929). — Les statistiques montrent une très inégale répartition géographique du cancer en Angleterre et au pays de Galles.

P. a essayé d'établir un rapport entre la taille et le taux de mortalité par cancer, en se basant sur les caractères anthropologiques des populations anglaise et galloise.

Il conclut que *ce sont les groupes humains possédant la plus haute stature qui présentent les taux de mortalité les plus élevés*, aussi bien en Angleterre que dans le pays de Galles.

Robert Clément.

ZEITSCHRIFT für UROLOGIE
(Leipzig)

Félix Schlagintweit (Munich). ***La maladie et la mort de l'empereur Napoléon III*** (*Zeitschrift für Urologie*, tome XXII, fasc. 10, 1928). — Napoléon III souffrait depuis de longues années d'un calcul vésical lorsqu'il mourut, le 9 Janvier 1873, après deux tentatives de lithotritie faites par sir Henry Thompson.

Dès 1856, l'empereur faisait une cure à Plombières, mais on ne sait pour quelle affection. En 1864, il fait une crise de coliques néphrétiques avec hématurie, et, l'année suivante, au camp de Châlons, il souffre d'une crise douloureuse dans le bas-ventre. On pense à un calcul vésical, mais l'empereur refuse de se laisser examiner complètement. Quelques mois plus tard, il est examiné à Vichy par Guyon, qui diagnostique un calcul de la vessie, mais n'est pas écouté et est écarté par l'entourage médical de l'empereur. Traité ensuite par Nélaton, par Ricord, Napoléon est vu en Juin 1870 par Germain Sée qui recommande et réclame une exploration à la sonde métallique. La guerre franco-allemande trouve l'empereur malade, apathique; il redoute toute fatigue, toute discussion, et obéit aux suggestions de son entourage. Il se traîne à l'armée; à Sedan, il a des hématuries. Sa captivité à Wilhelmshöhe repose sa vessie, mais il présente cependant des accès de fièvre urineuse. La famille impériale se rend ensuite en Angleterre; Napoléon, toujours malade, fait appeler le célèbre urologue anglais Thompson, mais se refuse à toute exploration de sa vessie. Ce n'est qu'en Décembre 1872 que l'empereur consent à se laisser opérer. Thompson l'explore sous chloroforme et découvre un calcul vésical du volume d'une noix. Puis il pratique deux séances de lithotritie, la première, le 2 Janvier 1873, la seconde, le 6. Mais l'empereur succombe le 9, à une insuffisance rénale semble-t-il. A l'autopsie, on trouve en effet de grosses lésions rénales : une forte dilatation des uretères et des bassinets, de la sclérose et de l'atrophie marquées du parenchyme rénal. La vessie contient un calcul, dont le volume semble avoir été réduit de moitié par la lithotritie.

Les calculs extraits de la vessie de Napoléon III, recueillis par Thompson pour sa collection, sont toujours conservés au collège royal des chirurgiens de Londres. Les interventions de Thompson furent très critiquées par ses adversaires et donnèrent lieu à des polémiques passionnées. On peut se demander pourquoi l'intervention fut toujours retardée, et pourquoi on se décida à l'entreprendre à une phase si avancée de l'affection. Peut-être des raisons politiques et dynastiques jouèrent-elles.

G. Wolfromm.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

Adolf Friedemann. ***Etude clinique du sommeil et des médicaments hypnotiques*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LV, n° 3, 18 Janvier 1929). — Depuis quelques années, le sommeil a été étudié à de nombreuses reprises et constitue actuellement une question importante.

Les recherches expérimentales et les observations cliniques d'encéphalites sont à la base des théories sur le centre du sommeil placé successivement dans le cortex, dans les centres mésenréphalitiques, dans la région hypophysaire, au niveau du 3e ventricule.

Les notions récentes tendent à considérer le sommeil non plus comme un phénomène de repos mais comme un phénomène actif. Pour d'autres auteurs, l'écorce cérébrale tout entière, ou même tout l'axe cérébro-spinal, pourraient intervenir dans la production du sommeil.

L'étude des moyens provocateurs du sommeil a été également faite systématiquement.

Leur contrôle doit être fait le jour en éliminant toute influence suggestive. Pour apprécier la profondeur du sommeil, on vérifie à intervalles réguliers, toutes les demi-heures par exemple ou toutes les heures après l'absorption du médicament, les caractères de la respiration et du pouls. Ces moyens de contrôle simples paraissent équivalents aux tracés ou courbes de tension préconisés.

Les études cliniques démontrent qu'il y a une différence qualitative entre les diverses espèces de sommeil. Le sommeil provoqué artificiellement n'a en effet pas les mêmes caractères que celui qui succède spontanément à la fatigue.

Certains hypnotiques peuvent avoir une action spéciale qu'il est utile de connaître : ainsi le luminal le véronal, le trional, le sulfonal et le somnifène s'opposent à l'action diurétique de la caféine et de la théobromine. Cette notion importante en clinique avait d'ailleurs été établie expérimentalement.

En terminant, F. indique le procédé qu'il a employé sans incident pour obtenir un sommeil durable, parfois nécessaire dans la thérapeutique des affections psychiques avec excitation.

Il donne aux malades 2 gr. de sulfonal et 1 gr. de trional, quatre soirs de suite. Pendant le jour, le sommeil est entretenu par des doses répétées de paraldéhyde à laquelle on associe, si besoin, la scopolamine.

A partir du 5e jour, la suppression du sulfonal et du trional s'impose mais on peut, pendant les nuits suivantes, employer l'avertine sans danger.

G. Dreyfus-Sée.

H. Pulfer. ***Suppression des difficultés de traitement de l'anémie pernicieuse par le foie*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LV, n° 3, 18 Janvier 1929). — La thérapeutique des anémies graves par le foie se heurte encore assez fréquemment à l'impossibilité de poursuivre assez longtemps et assez intensément le traitement. Le malade présente effectivement assez fréquemment, après un certain temps, du dégoût irréductible pour le médicament quelle que soit la forme (foie bouilli, poudre, liquide, extraits, etc.) sous laquelle il lui est présenté.

Dans deux cas sérieux où cet obstacle paraissait invincible, P. eut l'idée d'employer la voie rectale pour faire absorber le foie en quantité suffisante quotidienne.

Le foie écrasé, passé et dilué dans du lait fut additionné de 15 gouttes de teinture d'opium et donné en lavement au malade.


Médication Opothérapique
EXTRAITS TOTAUX
CHOAY
Obtenus par dessiccation rapide, dans le vide, vers 0°,
d'organes soigneusement récoltés, auxquels ils sont équivalents.
SYNCRINES CHOAY
Résultant de l'association d'Extraits totaux,
en formules qui répondent aux principaux syndromes
COMPRIMÉS · CACHETS · PILULES · AMPOULES
CHOAY
Échantillons sur demande au LABORATOIRE CHOAY
48 Rue Théophile Gautier PARIS -16e- Tél Auteuil 44-09

Les résultats furent immédiats et, de jour en jour, on put suivre l'amélioration hématologique et clinique.

Ce procédé simple qui permet d'employer facilement une thérapeutique efficace et, ordinairement assez mal tolérée lorsqu'on veut la prolonger, présente donc un réel avantage.

Il permet d'employer le foie cru ou bouilli de préférence aux extraits plus coûteux, il ne présente aucune difficulté ni contre-indication et peut rendre aux praticiens des services considérables.

G. Dreyfus-Sée.

Mühlpfordt. *Urticaire généralisée après une piqûre de guêpe* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LV, n° 3, 18 Janvier 1929). — Si la réaction locale urticarienne consécutive à une piqûre d'insecte est un fait fréquent, il est rare d'observer dans ces conditions une éruption généralisée.

Quelques observations relevées dans la littérature s'accompagnaient de phénomènes de shock anaphylactique plus ou moins intense précédant l'apparition des éléments éruptifs.

Dans le cas observé par M., l'éruption urticarienne était le seul symptôme, elle survint en quelques heures, d'abord localisée puis généralisée.

La pathogénie de ces phénomènes reste discutée. On a invoqué surtout l'action de l'acide formique contenu dans le venin des guêpes, des abeilles et des fourmis. Pour Langer, la substance déclenchante serait une base non azotée également sécrétée par les glandes salivaires de l'insecte; cette substance basique seule aurait provoqué une réaction cutanée expérimentale.

M., chez lui-même et chez sa malade, a déterminé par contre une action locale nette par cuti-réaction à l'aide de l'acide formique pur. Par contre, d'autres sujets paraissaient insensibles tant aux piqûres de guêpe qu'à l'injection d'acide formique.

Il semble donc s'agir d'une sensibilité individuelle, idiosyncrasie variable selon les individus, capable de déterminer tantôt une réaction légère limitée, tantôt une éruption étendue, généralisée, pouvant s'accompagner de phénomènes de shock.

G. Dreyfus-Sée.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Berlin)

J. Enneking. *Une nouvelle forme d'hémoglobinurie intermittente* (**Hémoglobinuria paroxysmalis nocturna**) (*Klinische Wochenschrift*, tome VII, n° 43, 21 Octobre 1928). — Il a été décrit une hémoglobinurie dans laquelle existe une hémolysine qui n'agit qu'à froid. On connaît également une hémoglobinurie de marche qui survient après des efforts et une hémoglobinurie paroxystique qui s'accompagne des symptômes de l'atrophie musculaire progressive. E. apporte un cas qui ne rentre dans aucune de ces catégories. Il s'agit d'un homme qui a eu, à plusieurs reprises, les urines noires et qui se plaint de devenir moins vigoureux et pâle. Sa famille est saine. Le Wassermann est négatif. L'examen ne permet de découvrir rien d'anormal. L'urine contient toujours de l'albumine, de l'urobiline, et de l'hémoglobine. En poursuivant les recherches de ce côté, on constate que l'urine de la nuit est colorée par de l'hémoglobine tandis que celle du jour, qui est claire, n'en contient pas du tout. La recherche de l'hémolysine d'après la méthode de Donath et Landsteiner ne donne rien de caractéristique. Il existe cependant une hémolysine active à 37°. Le fait de plonger la main pendant 5 minutes dans l'eau glacée ne provoque pas d'hémolyse. A plusieurs reprises, on constate des œdèmes fugitifs et l'étude du sérum permet de constater que de l'hémoglobinémie n'est pas constante. Le malade meurt d'une péritonite par thrombose des vaisseaux mésentériques.

E. rapproche ces observations de deux autres cas, l'un de O. Scheel et l'autre de E. B. Salen.

P.-E. Morhardt.

Guenther Brann. *Recherches sur le pouvoir bactéricide de la peau, des poils et du cérumen* (*Klinische Wochenschrift*, tome VII, n° 43, 21 Octobre 1928). — Frappé par le fait que les cheveux avec lesquels on ensemence le milieu Sabouraud pour rechercher les teignes sont fréquemment stériles et par le fait que l'impétigo ou la furonculose s'observent rarement chez les psoriasiques, B. a étudié le pouvoir bactéricide des diverses productions cutanées. Il a constaté ainsi que les cheveux ou les poils humains ensemencés par fragments sur une plaque d'agar dans laquelle poussent des staphylocoques provoquent fréquemment autour d'eux une zone stérile. B. a également réussi à extraire des poils, du cérumen ou de la peau, par l'alcool, l'éther, l'acétone ou l'eau, une substance bactéricide capable de diminuer ou même d'arrêter la croissance des bactéries dans des cultures. Cette substance bactéricide se rapprocherait des huiles éthérées.

P.-E. Morhardt.

Julius Bauer. *Variations trompeuses des échanges gazeux* (*Klinische Wochenschrift*, tome VII, n° 44, 28 Octobre 1928). — L'appréciation du métabolisme de base donne lieu souvent à des erreurs. C'est ainsi que, par exemple, le diagnostic de l'hyperthyroïdisme ou de troubles hypophysaires doit être fondé, selon B., surtout sur la clinique et non pas exclusivement sur la mesure des échanges gazeux ou sur l'abaissement de l'action spécifique dynamique des aliments. Cela résulte du fait qu'il n'y a pas de troubles monosymptomatiques d'une seule glande endocrine et que le climat, les saisons, les variations de la pression artérielle, etc., peuvent intervenir pour modifier le métabolisme de base. Mais c'est surtout le système nerveux végétatif qui doit être pris en considération, car toutes les drogues qui agissent sur lui comme l'adrénaline, le gynergène, la phlorrhizine ont aussi une influence nette sur le métabolisme. Aussi trouve-t-on dans toutes les névroses qui s'accompagnent de troubles du système nerveux végétatif, au sens le plus large du mot, des anomalies des échanges gazeux. Dans un cas de l'auteur, il y avait un abaissement du métabolisme de base de 18 pour 100 chez une femme qui ne souffrait pas d'hyperthyroïdisme, mais qui vivait en conflit grave avec sa famille. Dans un autre cas, l'abaissement était de 12 pour 100 également chez une femme dont la vie psychique était très anormale. Dans un autre cas, encore, un abaissement de 25 pour 100 doit être mis en rapport avec une séquelle de poliomyélite dont le malade souffrait beaucoup au point de vue psychique.

Dans une série d'autres observations, il y a eu augmentation plus ou moins marquée, due beaucoup plus à une faiblesse irritable du système nerveux qu'à de l'hyperthyroïdisme.

Un autre groupe comprend des troubles de la différenciation sexuelle masculine et se caractérise par un abaissement de degré d'ailleurs inconstant du métabolisme de base et de l'action spécifique dynamique des aliments. Chez un homme castré depuis l'âge de 2 ans, l'abaissement du métabolisme de base est de 23 pour 100. Chez une femme qui constitue un cas sévère de transvestitisme, l'abaissement est de 17,2 pour 100. Il en est de même chez une femme qui présente de l'hypertrichose de la poitrine, du dos et du visage. Il y a donc lieu de tenir compte des faits de ce genre pour préciser la signification des troubles que peuvent présenter les échanges gazeux. Ces troubles doivent être, en effet, mis en rapport avec l'ensemble du tableau clinique et non pas avec un seul trouble endocrinien.

P.-E. Morhardt.

G. Rosenow. *Adynamie et diminution du sucre du sang* (*Klinische Wochenschrift*, tome VII, n° 44, 28 Octobre 1928). — L'observation qui fait le fond de ce travail concerne un homme de 42 ans qui présente des crises d'adynamie, accompagnée d'inappétence survenant souvent pendant la seconde partie de la journée tandis que le matin est toujours normal. L'examen permet de constater de l'hypotension (70/95), mais aucune réaction myasthénique. Le dosage du sucre du sang respectivement artériel et veineux montre qu'il n'y a aucune différence à ce point de vue entre les deux. Par ailleurs, ce malade montre une tolérance extrêmement élevée pour le glucose. Avec 200 gr. de glucose il était éliminé des traces de lévulose. Il ne semble donc pas y avoir d'insuffisance des surrénales.

De même, chez 5 malades atteints d'adynamie intense et vraie d'origine variée, il ne s'est montré aucune différence au point de vue richesse en sucre entre sang artériel et sang veineux, tout comme chez les diabétiques. Dans un cas où le diagnostic était douteux, cette constatation n'ayant pas été faite, on a pu vérifier ultérieurement qu'il s'agissait non pas de myasthénie, mais de psychopathie. Il y aurait, dans tous ces cas, de même que chez les diabétiques qui présentent de la faiblesse musculaire, un trouble de l'utilisation du sucre par les tissus périphériques.

P.-E. Morhardt.

Max H. Kuczynski avec la collaboration de **Bianca Hohenadel**. *Recherches sur la pathogénie et la pathogenèse de la fièvre jaune* (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, n° 1, 1er Janvier 1929). — En dehors du *Macacus rhesus*, K. n'a trouvé que le *Macacus cynomolgus* qui soit susceptible d'être infecté par le virus de la fièvre jaune. Ce virus est, d'une manière générale, extraordinairement difficile à cultiver et pour y arriver, on a utilisé les milieux employés pour la culture des Bartonella et des Rickettsia, en évitant des milieux exagérément concentrés et d'une constitution peu physiologique. La phase hépato-dystrophique de la fièvre jaune est précédée, chez le macaque également, par la phase bactériémique au cours de laquelle le virus circule sans adhérer à des particules figurées et cependant e laisse concentrer partiellement dans le culot par centrifugation.

Un caractère important des milieux employés par l'auteur est qu'ils permettent une certaine croissance de fragments d'organes et que des leucocytes y restent vivants pendant plusieurs jours. Le singe inoculé présente une perte brusque et profonde des forces. En général, il n'y a ni ictère, ni vomissements. Dans deux cas, en pilant les organes d'un singe mort de fièvre jaune, il y a eu contamination, une fois chez K., lui-même, par éclaboussure sur la joue fraîchement rasée et dans l'autre cas, chez sa collaboratrice Hohenadel par éclaboussure de la conjonctive. Le virus recueilli chez cette dernière s'est montré plus virulent que le virus original et a donné chez les singes, pour la première fois, lieu aux symptômes du « vomito negro ».

A l'autopsie, le foie du singe inoculé est caractérisé par une disparition du glycogène et une infiltration graisseuse ainsi que par nécrose centrale du lobule. Au début, les leucocytes sont extrêmement abondants. Dans une autre période, ils disparaissent complètement. La disparition du glycogène s'observe également au niveau des muscles. En somme, les symptômes de l'affection chez le singe sont très caractéristiques quand on peut éliminer les autres causes capables de provoquer une symptomatologie analogue, ce qui n'est pas toujours facile chez l'homme.

Les cultures ont été très rarement positives. Elles ont permis de déceler, d'abord et dans divers cas, un vibrion : *Vibrio macaci*, qui semble n'avoir pas été isolé jusqu'ici, qui est apathogène et qui ne détermine aucune immunité, sauf dans deux cas, où il était peut-être mélangé au virus. Les cultures de virus pur ont une odeur très spéciale de putréfaction qui rappelle celle de l'haleine des malades atteints de fièvre jaune. Au début, ces cultures ne prennent pas le Gram. Plus tard, elles le prennent partiellement. On retrouve, surtout dans les cultures originales, des formations coccoïdes de 0,3 à 0,4 µ. A côté de ces formations, on trouve des bâtonnets terminés irrégulièrement en forme de massues et de dimensions analogues. Ces apparences microscopiques ressemblent d'une façon remarquable aux cultures du virus de la fièvre des Montagnes Rocheuses. K. fait, en terminant la première partie de ce mémoire, remarquer que le sang ou les organes de singes atteints de fièvre jaune ensemencés sur un milieu spécial ne provoquent, par inoculation chez

un autre singe, aucun symptôme caractéristique, s'ils ne donnent pas, après ensemencement sur certains milieux, naissance à des productions microscopiques reconnaissables.

P.-E. Morhardt.

E. Meulengracht. ***Maladie de Basedow et anémie pernicieuse*** (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, nº 1, 1er Janvier 1929). — M. fait tout d'abord remarquer que, dans la littérature, les rapports entre le Basedow et l'anémie pernicieuse ne sont généralement pas mis en évidence. Cependant, au cours de ces dernières années, sur 151 cas d'anémie pernicieuse, cet auteur a trouvé 8 malades qui avaient fait ultérieurement une maladie de Basedow. Ces 8 malades sont toutes des femmes et, en général, plus jeunes qu'on ne l'est d'ordinaire dans l'anémie pernicieuse, Les symptômes de Basedow ont été moyennement sévères et ces malades sont toutes maigres (au-dessous de 50 kilogr.) et présentent une forte pigmentation de la peau avec les symptômes habituels de l'anémie pernicieuse et notamment une achylie totale. Il s'est écoulé entre la maladie de Basedow et le début de l'anémie un temps qui a varié de 7 à 28 années.

Il ne peut s'agir là pour M. d'un simple hasard, car ces maladies sont trop rares. Le traitement aux rayons X ne peut pas non plus être mis en cause. On peut se demander encore s'il n'y aurait pas un état d'hypothyroïdie consécutif à l'état d'hyperthyroïdie, car le myxœdème simule parfois l'anémie pernicieuse. Mais aucune des malades de M. n'avait des signes d'hypothyroïdisme. Par contre, il est possible que l'achylie qui est fréquente dans le Basedow ait pu jouer un rôle pour favoriser l'apparition de l'anémie. D'autre part, dans l'anémie pernicieuse, des facteurs héréditaires interviennent et il est possible que ce soit le cas pour les deux maladies.

P.-E. Morhardt.

G. Liebermeister. ***Le phénomène de la langue anémique, symptôme précoce et important dans l'embolie gazeuse artérielle*** (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, nº 1, 1er Janvier 1929). — Quoique L. ait pu procéder à 600 insufflations consécutives d'air dans la plèvre sans aucun accident, il n'en a pas moins observé un certain nombre de cas d'embolies gazeuses dont aucun n'a été suivi de mort ou de symptômes durables. Dans un de ces cas, il a été frappé par le fait que le malade, couché sur le côté gauche au cours de l'insufflation, fit une embolie de la sous-clavière droite comme si la position du malade avait influé sur la localisation. Un second malade accusa une sensation de velours dans une moitié de la langue qui, elle, présentait, à ce moment, une anémie en forme de secteur. Il survint ensuite des signes légers d'embolie cérébrale. Dans un autre cas encore, l'apparition d'un symptôme de ce genre au cours de l'insufflation permit de prévoir les accidents centraux et d'interrompre à temps l'insufflation.

La position occupée par le malade, avec le haut du corps légèrement surélevé et la tête un peu renversée en arrière, rend ce symptôme constant dans toute embolie gazeuse. Cela s'explique parce que, dans cette position, l'artère anonyme (tronc brachio-céphalique) est le premier vaisseau s'ouvrant vers le haut. Lorsqu'il s'agit d'embolies gazeuses, très petites par rapport à la lumière du vaisseau, on doit admettre, en effet, qu'elles surnagent le liquide et tendent à s'échapper vers le haut. Elles arrivent ainsi d'abord dans l'artère linguale qui fut quatre fois bouchée en totalité, car la langue devint entièrement anémique. On a constaté que ces bulles d'air interrompent la circulation jusqu'à un quart d'heure. Il en fut ainsi dans le cas le plus grave que L. ait observé.

Sur un total de 7 embolies gazeuses, le phénomène de la langue a été constant et a constitué un symptôme précoce. Son absence est, en outre, selon L. un signe sûr que de l'air ne s'est pas introduit dans les vaisseaux. Ces considérations ne sont plus exactes quand l'embolie est assez abondante pour que le sang devienne mousseux.

P.-E. Morhardt.

THE LANCET

(*Londres*)

I. D. Dhruv (Bombay). ***Note sur la rupture traumatique de la rate*** (*The Lancet*, tome CCXVI, nº 2, 12 Janvier 1929). — La rupture de la rate est assez fréquente dans les pays tropicaux, plus que dans les pays tempérés : peut-être à cause de la fréquence du paludisme, bien que D. n'ait pas observé de lésions paludéennes dans la rate des 9 malades opérés par lui en 2 ans à Bombay.

D. passe en revue les différents symptômes, et étudie leur valeur diagnostique. Les modifications du pouls ont peu de valeur, car il ne faut pas attendre le pouls hémorragique pour intervenir. De même la contracture abdominale est plus en rapport avec le trauma du péritoine pariétal qu'avec la lésion splénique. D. insiste par contre sur la soif, l'agitation constante et marquée, la matité abdominale progressive ; mais pour lui le signe capital est la douleur et la sensibilité localisées en un point très limité de l'hypocondre gauche : la constatation de ce signe doit faire pratiquer une ponction exploratrice avec une grosse aiguille (manœuvre absolument inoffensive), qui ramène toujours du sang.

L'intervention doit se faire très précocement, à l'anesthésie locale. Après incision paramédiane, on éponge le sang épanché et on le mélange avec du sérum physiologique : ce sang n'est jamais coagulé, comme dans l'hémothorax traumatique, ce qui permet de le réinjecter immédiatement dans la veine du blessé. On fait pivoter la rate sur son axe, et on amène le hile à la surface de la plaie ; on lie les vaisseaux du ligament rénosplénique ; on sectionne le ligament gastro-splénique, on abaisse le pôle supérieur et on énuclée la rate.

Il faut, avant de refermer, examiner attentivement les autres organes, rechercher les lésions de la bourse gastro-splénique et la dilatation parétique de l'estomac, qui est un gros facteur de gravité.

Les résultats sont encourageants, surtout quand le diagnostic est précoce. 5 cas sur 9 ont guéri ; les 4 autres sont morts de lésions associées (contusion du foie, fracture de la base du crâne, dilatation gastrique), le dernier par suite d'intervention trop tardive.

R. Rivoire.

L. F. Hewit. ***Les protéines urinaires dans les néphrites, la grossesse et la myélomatose*** (*The Lancet*, tome CCXVI, nº 2, 12 Janvier 1929). — De nombreuses explications ont été proposées de l'origine des protéines de l'urine. Dans l'hypothèse ancienne, abandonnée aujourd'hui, le rein excrétait les protéines alimentaires, peu ou pas digérées. Actuellement, on admet généralement que l'albumine urinaire est identique à la sérum-albumine.

Cette hypothèse a été soutenue par Hynd, en 1925, qui fit d'intéressantes déterminations du pouvoir rotatoire comparé des différentes albumines, obtenant pour l'albumine des néphrites et de la grossesse des chiffres similaires à celui de la sérum-albumine. Pour l'albuminurie des éclamptiques, il obtint deux ordres de chiffres : les uns analogues à ceux de la sérum-albumine ; les autres plus faibles, approchant de ceux de la lactalbumine : ce qui avait amené Hynd à différencier deux variétés d'éclampsie, non individualisées cliniquement, mais distinctes par leurs secreta urinaires.

H. a repris les expériences de Hynd, mais de façon plus précise, en s'efforçant de purifier l'albumine parfaitement, de la débarrasser des lipoïdes, de l'acide urique, qui modifient sensiblement le pouvoir rotatoire ; d'autre part, en opérant sur des solutions plus concentrées, pour diminuer les erreurs de lecture.

A l'aide de cette expérimentation précise, que Hynd n'avait pas employée, H. a obtenu dans tous les cas des pouvoirs rotatoires superposables à celui de la sérumalbumine, aussi bien pour l'albumine des néphrites et de la grossesse que pour celle de l'éclampsie. Ces résultats ont été confirmés par l'étude du spectre d'absorption ultra-violet. H. n'a pour sa part observé aucun cas d'éclampsie avec lactalbuminurie, et il ne croit pas à son existence.

D'autre part, H. a cherché à vérifier l'hypothèse de Thomas, Schlegel et Andrews sur la pathogénie de l'albuminurie, le phénomène initial étant une altération du foie, dont les albumines passent dans la circulation sanguine et filtrent par le rein ; ultérieurement, le rein est altéré par le passage prolongé d'albumines étrangères, et laisse alors filtrer la sérumalbumine. H. n'a observé aucune trace d'albumine hépatique dans les urines albuminuriques ; d'autre part, il publie une série d'observations de myélomatose, où les malades ont excrété par l'urine pendant plusieurs années des quantités notables d'albumines étrangères, la Bence-Jones protéine, sans qu'aucune sérumalbuminurie n'ait apparu au cours de l'évolution.

Ces constatations démontrent, d'après H., la fausseté de l'hypothèse hépatogène de l'albuminurie.

R. Rivoire.

Gardiner-Hill. ***La grossesse au cours du goitre simple et de la maladie de Basedow*** (*The Lancet*, nº 5499, 19 Janvier 1929). — Les observations de G.-H. portent sur 115 cas de goitre simple et 89 cas de Basedow.

Les malades atteintes de goitre simple et, particulièrement, de goitre apparu au cours de l'adolescence, deviennent enceintes avec une fréquence à peu près normale. La grossesse est d'ordinaire normale, de même que l'accouchement; dans quelques cas, cependant, on peut voir survenir un avortement, surtout lorsque les malades présentent des signes d'hypothyroïdie.

L'action de la grossesse sur le goitre est minime : en général, une légère hypertrophie du goitre.

Au sujet de la maladie de Basedow, les conclusions de G.-H. sont très différentes des idées habituelles. En premier lieu, la stérilité n'est pas fréquente au cours du Basedow, si l'on ne tient pas compte des malades qui passent presque toute leur vie dans les hôpitaux et sont stériles fatalement On observe la grossesse dans 50 pour 100 des cas des malades vivant une vie conjugale à peu près normale.

Par contre, la grossesse ne va à terme que dans 50 pour 100 de ces cas, l'avortement se produisant généralement au cours des 4 premiers mois; et cet avortement se voit surtout chez les basedowiennes graves.

La constatation la plus intéressante est que la grossesse, loin d'aggraver les symptômes de la maladie, amène, en général, une sédation très nette de ceux-ci, pouvant aller jusqu'à leur disparition totale et durable. Tantôt il s'agit seulement de rémission et une rechute survient après l'accouchement; tantôt, au contraire, il s'agit de véritable guérison. Chose curieuse, il semble que ces guérisons ou ces améliorations durables se voient surtout lorsque la grossesse est arrivée à terme, alors qu'au contraire, les avortements sont suivis de récidive rapide. G.-H. apporte à l'appui de cette thèse une observation très intéressante dans laquelle chacune des 4 grossesses de la malade a amené une disparition des symptômes, suivie de rechute après 2 avortements, et, au contraire, sans récidive après 2 accouchements normaux, le dernier datant de plus d'un an, et aucun signe de Basedow n'étant apparu depuis.

G.-H. conclut en disant qu'on peut permettre une grossesse à une basedowienne dont les signes d'intoxication ne sont pas trop marqués, à condition qu'il n'existe pas de troubles cardiaques. Dans ces conditions, il semble que la malade ait une forte chance de mener à bien sa grossesse, et également une forte chance d'amélioration et même de guérison.

R. Rivoire.

Pavey-Smith. ***L'amygdalectomie dans les arthrites chroniques*** (*The Lancet*, nº 5500, 26 Janvier 1929). — Les auteurs anglais et américains ont beaucoup

étudié, ces dernières années, les cas d'arthrites chroniques liées à un foyer infectieux amygdalien. P.-S. apporte les conclusions tirées de l'étude qu'il a faite de 200 cas analogues pendant 6 ans.

Il s'agit tantôt de rhumatisme subaigu récidivant, tantôt d'une affection un peu spéciale, caractérisée par un début aigu, fébrile; d'abord péri-articulaire et symétrique, la maladie s'accompagne rapidement de limitation des mouvements, d'enflure piriforme des articulations. Chez de tels malades, il faut porter son attention sur les amygdales, et rechercher si le malade a eu antérieurement des poussées d'amygdalite, si le début de la maladie a coïncidé avec une angine. L'examen de la gorge montre, en général, une amygdale rouge, dans une fosse amygdalienne de couleur normale. Cette amygdale peut être grosse, mais parfois de simples débris amygdaliens subsistant après une tonsilectomie peuvent être infectés et responsables d'une arthrite. Par la pression de l'amygdale, on fait soudre du pus ou du sang par les cryptes. Enfin, on trouve généralement un gros ganglion juste derrière et au-dessous de l'angle de la mâchoire.

La constatation de l'un de ces signes doit faire pratiquer la tonsilectomie. Les résultats sont très encourageants : 15 pour 100 de guérisons ; 60 p. 100 d'améliorations.

Les examens bactériologiques pratiqués dans chaque cas sur les amygdales incisées ont mis en évidence, dans de très nombreux cas, du *streptococcus viridans*, sans qu'on puisse affirmer, cependant, qu'il s'agisse bien de l'agent causal de la maladie.

R. Rivoire.

Russel-Brain et Hunter. *La méningo-encéphalomyélite aiguë de l'enfance* (*The Lancet*, n° 5501, 2 Février 1929). — R.-B. et H. ont observé, en Mai 1928, 6 cas d'une maladie nouvelle, groupés en une petite épidémie, dans l'ouest de Londres.

Il s'agit cliniquement de malades entre 3 et 18 ans, qui ont présenté un début aigu, fébrile, avec signes méningés et paralysies précoces. Ces paralysies se sont étendues rapidement, s'accompagnant parfois de troubles myélitiques, assez rarement de troubles oculaires. C'est en somme un tableau assez voisin de certaines formes d'encéphalite léthargique, mais on observe des symptômes peu habituels à l'encéphalite, notamment du trismus, du Kernig, de l'aphasie et des hémiplégies. D'autre part, on n'a pas observé de paralysies oculaires parcellaires, mais seulement une abolition des réflexes pupillaires.

D'autre part, l'évolution diffère de celle des maladies aiguës déjà connues du système nerveux central : il y a, en effet, sauf dans un cas, où la mort est survenue rapidement, guérison rapide avec disparition progressive de tous les troubles d'ordre cérébral ou myélitique.

Le liquide céphalo-rachidien s'est montré normal dans tous les cas, l'inoculation aux animaux et la neutralisation du virus herpétique ont été négatives. Une étude anatomique complète a été faite du malade décédé. Elle a montré, au niveau du névraxe, de l'œdème, de la congestion, des hémorragies et une dégénérescence de certains groupes de cellules ganglionnaires, avec très forte dilatation des cylindres-axes et de leur gaine.

D'autre part, l'examen du foie a montré une dégénérescence graisseuse parenchymateuse, et l'examen du rein, des lésions typiques de néphrose lipoïdique. Il semble qu'il y ait dans le cerveau, le foie et les reins des lésions très voisines les unes des autres, en rapport avec une toxémie d'origine indéterminée.

Cliniquement et anatomiquement, ces cas se rapprochent beaucoup de certaines formes d'encéphalite post-vaccinale, ou d'encéphalites compliquant les fièvres éruptives, dans lesquelles certains auteurs ont déjà observé la coexistence de néphrose lipoïdique avec des troubles encéphalitiques.

La classification des formes si variées d'encéphalomyélites de l'enfance est d'ailleurs encore très peu avancée : il est impossible, dans l'état actuel des notions cliniques, anatomiques et bactériologiques de débrouiller ce groupe extrêmement complexe.

R. Rivoire.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE

(Chicago)

A. Cantarow et B. Gordon. *Influence de l'extrait parathyroïdien sur certains facteurs intervenant dans la production des œdèmes* (*Archives of internal Medicine*, tome XLII, n° 6, Décembre 1928). — C. et G. discutent d'abord les divers facteurs qui peuvent jouer un rôle dans la production des œdèmes : perméabilité accrue des capillaires, altérations de la pression osmotique, affinité augmentée des colloïdes tissulaires pour l'eau. Le facteur principal intervenant dans le développement de l'œdème inflammatoire est probablement l'augmentation de la perméabilité des parois des capillaires et l'administration de sels de calcium exerce alors une influence empêchante vraisemblablement par suite de la diminution de la perméabilité des capillaires. Le facteur principal intervenant dans la genèse de l'œdème non inflammatoire est probablement l'augmentation de la faculté d'hydratation des colloïdes tissulaires ; la rétention du sodium est un facteur important, mais on ne peut dire s'il est primitif ou secondaire.

Le but des recherches de C. et G. a été d'observer l'effet d'une augmentation du calcium circulant utilisable sur la production de l'œdème inflammatoire et sur l'affinité des colloïdes tissulaires pour l'eau.

L'injection intramusculaire d'hormone parathyroïdienne (15 à 20 unités de parathormone) permet d'augmenter la calcémie, l'effet maximum étant atteint 8 à 12 heures après l'injection.

Pour produire un œdème inflammatoire, ils ont eu recours à l'épreuve du vésicatoire chez 30 tuberculeux. Lorsqu'on utilise cette épreuve pour l'étude de la perméabilité des parois des capillaires, il semble qu'il faille accorder plus de confiance au temps que met à apparaître la phlyctène et à la quantité de liquide accumulée qu'à la concentration des protéines dans le liquide, par rapport aux protéines du sérum sanguin (rapport de perméabilité). L'augmentation du calcium circulant exerce une influence inhibitrice légère, mais assez constante et nette, sur le processus inflammatoire. Cette action paraît relever bien plus de la diminution de perméabilité des capillaires que de la diminution de la pression osmotique dans les tissus irrités.

L'affinité des colloïdes tissulaires pour l'eau a été étudiée au moyen de l'injection intradermique de solution salée physiologique ou épreuve de Mac Clure et Aldrich, chez 20 malades atteints d'affections cardiaques ou rénales dont certains présentaient de l'œdème. Cette épreuve, répétée après injection d'extrait parathyroïdien, décela une diminution marquée de la faculté d'hydratation des tissus concomitante d'une augmentation du calcium circulant utilisable. Le calcium semble donc faire diminuer l'affinité des colloïdes tissulaires pour l'eau, sans que le mécanisme de son action soit encore bien élucidé.

P.-L. Marie.

S. E. King. *L'épreuve de tolérance à l'urée, indice de la fonction rénale* (*Archives of internal Medicine*, tome XLII, n° 6, Décembre 1928). — K. a entrepris des recherches pour savoir si la fonction rénale peut être appréciée exactement en déterminant la capacité que possède le rein d'excréter de grosses quantités d'urée dans des conditions spéciales. A cet effet, il a étudié les modifications de la concentration de l'urée sanguine à la suite de l'ingestion de 1 gr. d'urée par 10 livres de poids corporel. On obtient alors une courbe normale caractéristique et l'urée sanguine revient au taux normal en 14 heures.

La technique de l'épreuve est la suivante : pas de dîner le soir de l'épreuve ; ce soir-là, le sujet vide sa vessie, on jette cette urine et, à partir de ce moment, on recueille l'urine jusqu'à la fin de l'épreuve. On prélève alors un échantillon de sang oxalaté et l'on donne 1 gr. d'urée par 10 livres de poids, dissoute dans 250 gr. de limonade bien sucrée. Deux heures après l'ingestion de l'urée, on peut prélever un second échantillon de sang, mais ce n'est pas indispensable.

Le patient demeure au lit pendant toute la durée de l'épreuve. Le lendemain matin, 14 heures après le début de l'épreuve, on prend un dernier échantillon de sang et l'on mesure l'urine émise. Il importe de limiter, autant que possible, le volume d'urine à 500 gr. environ pour la période de 14 heures en rationnant convenablement les liquides.

Cette épreuve pratiquée chez des sujets présentant des altérations de la fonction rénale donne une courbe foncièrement différente. Deux heures après l'ingestion d'urée, l'augmentation de l'azotémie est en moyenne de 16 au lieu de la normale 10.5, et au bout de 14 heures, on observe encore une augmentation moyenne de 10 milligr. pour 100 cmc de sang au-dessus du taux normal. En moyenne, moins d'un tiers de l'urée donnée a disparu du sang. Même dans les premiers stades des altérations rénales, on observe un écart par rapport à la normale, écart qui s'accentue lorsque la fonction rénale est gravement touchée. Dans l'urémie, l'azotémie peut augmenter continuellement pendant toute la durée de l'épreuve. Les premières atteintes de la fonction rénale se traduisirent souvent par une polyurie dépassant 750 cmc pendant les 14 heures de l'épreuve, bien que la courbe de l'urée sanguine puisse encore rester normale.

K. a constaté une certaine rétention d'urée chez des cardiaques présentant de la congestion passive du rein, dans des affections hépatiques accompagnées d'ictère, dans l'anémie pernicieuse. En l'absence de néphrite, il n'a pas rencontré de rétention d'urée ni de polyurie dans l'hypertension essentielle.

P.-L. Marie.

I. Katayama. *Les acides biliaires dans l'ictère* (*Archives of internal Medicine*, tome XLII, n° 6, Décembre 1928). — K. a étudié le comportement des acides biliaires dans le sang et l'urine chez 32 malades, atteints d'ictères de types divers. Il a utilisé la méthode colorimétrique de Szilard pour le dosage des acides biliaires dans le sang et une méthode colorimétrique personnelle pour les acides biliaires de l'urine.

Il a d'abord trouvé que chez les sujets normaux (10), les acides biliaires du sérum varient entre 5 et 2 milligr. pour 100 cmc estimés en glycocholate de sodium. La moyenne est de 7 milligr. L'urine des sujets normaux ne donne pas la réaction des acides biliaires.

Les malades atteints de cholécystite, d'affections hépatiques (cancer, cirrhose), d'ictère par obstruction, de décompensation cardiaque et de duodénite présentèrent une augmentation marquée des acides biliaires du sérum, accompagnée d'une excrétion d'acides biliaires par les urines. Toutefois, la quantité des acides biliaires dans l'urine est relativement faible et extrêmement variable.

Les modifications du taux des acides biliaires dans le sang n'ont aucun rapport avec les variations de la bilirubinémie.

Les acides biliaires apparaissent dans l'urine quand le taux des acides biliaires du sérum dépasse 20 milligr. pour 100 cmc.

L'ictère aigu par obstruction et l'ictère catarrhal produisent une ascension rapide des acides biliaires du sérum, dépassant de 5 à 7 fois la normale. Mais dans l'ictère chronique par occlusion, l'augmentation des acides biliaires est bien moindre et reste de 3 à 4 fois supérieure au taux normal. Cette faible augmentation peut s'expliquer ainsi : la production des acides biliaires dans l'organisme est limitée. Normalement, ils sont excrétés avec la bile dans l'intestin, puis ils sont réabsorbés et remis en circulation, ce qui les maintient à un niveau constant dans l'organisme. Mais dans l'ictère par obstruction de longue durée, il y a une excrétion continuelle d'acides biliaires par le rein qui naturellement ne peuvent être réabsorbés, ce qui diminue la réserve d'acides biliaires de l'organisme.

P.-L. Marie.

A. S. Whartin et E. A. Pohle. *L'influence des rayons de Rœntgen sur le cœur; modifications*

histologiques du myocarde chez les rats et les lapins à la suite d'une série d'irradiations (*Archives of internal Medicine*, tome XLIII, nº 1, Janvier 1929). — W. et P. ont irradié la région précordiale de 48 rats et de 24 lapins avec de grosses doses soigneusement mesurées de rayons X de $\lambda = 0,16$ et 0,23 unités Angstrom, à trois reprises à un mois d'intervalle, la dose atteignant 600 R la première fois et 300 R les fois suivantes. Ils ont constaté, chez les animaux sacrifiés de 8 à 32 jours après la dernière séance, des lésions histologiques profondes du myocarde rappelant celles de la toxémie diphtérique et consistant essentiellement en nécrose de Zeuker accentuée et en dégénérescence graisseuse. Dans bien des cas, il existait une réaction inflammatoire évidente avec des signes de réparation précoce. Ces lésions myocardiques s'accompagnèrent chez tous les animaux irradiés d'une bronchite plus ou moins grave et de broncho-pneumonie ainsi que de lésions du thymus et des ganglions lymphatiques. W. et P. estiment que l'infection pulmonaire a été la conséquence des lésions des bronches dues à l'irradiation qui a diminué la résistance des tissus et permis l'infection secondaire microbienne, le tout réalisant un cercle vicieux aggravant les lésions myocardiques.

W. et P. se croient donc en droit de conclure que l'irradiation à laquelle ont été soumis ces animaux a déterminé des lésions primitives du médiastin intéressant le cœur, les grosses bronches, diverses régions du poumon, les ganglions et le thymus, lésions qui ont entraîné une bronchite infectieuse et de la broncho-pneumonie, souvent compliquées d'autres localisations infectieuses de voisinage ou même à distance (endocardite thrombosante). Il y a donc lieu, d'après eux, de prendre des précautions spéciales toutes les fois que la radiothérapie expose le cœur à se trouver sur le chemin des rayons.

Dans la discussion qui a suivi cette communication, Pfahler a souligné l'énormité de telles doses faites chez d'aussi petits animaux et a déclaré qu'on ne pouvait transposer ces résultats chez l'homme. Ces résultats ne concordent d'ailleurs pas avec l'observation clinique.

Pour H. Schmitz cependant, les doses massives, en particulier dans le cancer du sein, ne doivent pas être répétées, les tissus ne pouvant tolérer une seconde dose sans être altérés de façon permanente; il faut en particulier redouter les lésions cardiaques.

P.-L. Marie.

J. A. Bargen. ***Sérothérapie spécifique dans la colite chronique ulcéreuse*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLIII, nº 1, Janvier 1929). — B. a préparé un sérum avec le diplostreptocoque qu'il a trouvé dans les abcès miliaires criblant la muqueuse rectale dans la colite ulcéreuse et qu'il considère comme spécifique de cette affection.

B. a traité 11 cas de colite ulcéreuse par ce sérum administré à doses croissantes pendant 3 à 6 jours; 4 étaient des cas déjà anciens et ne donnèrent pas de résultats satisfaisants. Par contre, chez 7 autres malades dont il relate l'observation, et qui étaient atteints d'une façon très aiguë, la sérothérapie exerça un effet très heureux. Deux des malades sont restés totalement guéris depuis près d'un an; les cinq autres ont été améliorés de façon durable; la fièvre a cessé, le sang a disparu complètement ou presque des selles, la diarrhée a été très modifiée, l'état général s'est notablement amendé, le poids augmentant rapidement après le début du traitement. Le sérum semble exercer une action neutralisante sur la toxine du diplostreptocoque. La rectoscopie et les examens radiologiques ont permis de contrôler l'amélioration remarquable obtenue dans cette affection si redoutable et si rebelle.

A noter que l'inefficacité de l'iléosigmoïdostomie a été bien démontrée dans 2 cas observés par B. Il insiste sur l'importance d'un diagnostic précoce qu'une rectoscopie faite par un spécialiste compétent permet d'établir et qui devrait être pratiquée dans tous les cas de diarrhée.

P.-L. Marie.

SURGERY, GYNECOLOGY and OBSTETRICS *(Chicago)*

L. S. Kubie et J. Fulton (Boston). ***Etude clinique et pathologique sur deux tératomes kystiques de la moelle, contenant du mucus et des cellules ciliées*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, t. XLVII, nº 3, Septembre 1928). — K. et F. décrivent 2 cas de tératomes kystiques de la moelle épinière qui ont été enlevés opératoirement avec succès. Tous les 2 contenaient des cellules ciliées.

Le premier, un enfant de 2 ans, entré pour irritabilité et tension abdominale, présentait dans ses antécédents des troubles du côté de son pied droit qui avait toujours été traînant. Des ponctions lombaires répétées au niveau de ses 10e et 11e vertèbres dorsales avaient donné un liquide épais, blanc d'œuf, contenant des cellules ciliées.

A l'opération, on trouva un volumineux kyste aplati, s'étendant de la 10e vertèbre dorsale à la 4e lombaire et qui, au point de vue histologique, se révéla comme un tératome relativement simple limité par un épithélium cylindrique cilié.

L'enfant guérit complètement.

Le deuxième cas, fille de 27 ans, avait eu 5 attaques d'hémiplégie gauche avec douleur dans la région cervicale gauche et dissociation de la sensibilité au tronc et aux membres (absence de sensibilité douloureuse et thermique à droite, absence de sensation de position avec astéréognosie à gauche) (syndrome de Brown-Séquard). Ces attaques avaient débuté à l'âge de 2 ans et étaient survenues à divers intervalles.

L'attaque actuelle avait abouti à une quadriplégie presque complète avec limite supérieure des troubles sensitifs à la hauteur de la 4e cervicale et gêne marquée de la respiration.

Cushing enleva un kyste rempli de mucus et de cellules ciliées, attaché au côté gauche de la moelle, au niveau des 3e et 4e vertèbres cervicales.

Histologiquement, ce kyste était un tératome plus complexe que le précédent avec modifications en rapport avec son ancienneté.

Après l'opération, la malade eut un retour immédiat et dramatique des mouvements et retour marqué, quoique moins complet, de la sensibilité.

Les 2 kystes étaient congénitaux et constitués probablement par un diverticule épendymaire du canal central de la moelle.

M. Guibé.

THE AMERICAN JOURNAL of OBSTETRICS and GYNECOLOGY *(Saint-Louis)*

Julius Jarcho. ***Production artificielle de la stérilité*** (*The American Journal of Obstetrics and Gynecology*, tome XVI, nº 6, Décembre 1928). — La méthode actuelle de venir à bout de la fécondité dans les peuples civilisés consiste à provoquer l'avortement ou à employer divers moyens de prophylaxie. L'avortement est fréquent. L'évolution sociale, en donnant à la femme un rang définitif dans les affaires, a beaucoup fait contre la fonction maternelle. Beaucoup de femmes qui travaillent après leur mariage comprennent que leur situation économique ne leur permet pas de renoncer à leur gagne-pain, en sorte qu'elles renoncent à la maternité ou la retardent. Il en est de même des femmes qui ont de nombreux enfants avec les obligations corrélatives.

Il n'est pas besoin d'insister sur ce que l'avortement est une pratique souvent dangereuse et que la prophylaxie anticonceptionnelle n'est pas toujours efficace. Les procédés chirurgicaux ont de nombreux inconvénients (opération de Sellheim, de Turenne).

L'auteur fonde de grands espoirs sur la stérilité obtenue par moyens biologiques : immunisation de l'organisme femelle contre le spermatozoïde. Il rappelle les travaux de Farnum, de Hektœn, de Waldstein, de Landsteiner, les observations cliniques et sérologiques de Vogt, de Van Dyck, les expériences de Tushnov, de Dittler, de Mac Cartney, de Guyer, de Bodnar et Kamniker, de Oslund, concernant la stérilité produite par injection de spermatozoïdes. Il rappelle, également, les travaux de Haberlandt et ceux de Greil fondés sur la greffe ovarienne.

Il expose ensuite ses travaux personnels : stérilité de lapines après injection de spermatozoïdes morts ou vivants de moutons ou de cobayes. Il a ainsi obtenu des stérilités de 6 ou 7 mois, sans d'ailleurs que le sérum soit nettement devenu spermatotoxique, non plus que les sécrétions vaginales.

Le mécanisme de cette stérilité nous échappe. L'ovulation persiste quand la stérilité cesse. L'animal est susceptible de procréer des sujets absolument normaux.

Henri Vignes.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY *(Chicago)*

Wile, Eckstein et Curtis. ***Les lipoïdes dans le xanthome*** (*Archiv. of dermatology*, tome XIX, nº 1, Janvier 1929). — Les auteurs rapportent 3 cas de xanthome observés, l'un chez un diabétique de 41 ans, les 2 autres chez des non diabétiques de 25 et 19 ans.

Ils ont fait dans ces 3 cas des recherches relatives à la teneur en cholestérine dans les lésions locales; cette teneur se montra identique dans les 3 cas.

De plus, la teneur en cholestérine dans les tumeurs ne s'est pas montrée supérieure à celle de l'épithélium humain normal. La plus grande partie de la graisse contenue dans les lésions cutanées se compose de lipoïdes autres que la cholestérine.

Dans 2 cas sur 3, la teneur en cholestérine du sang était normale; dans le 3e cas (diabétique), la cholestérine était augmentée du fait de la lipémie associée à l'état diabétique. Alors que les graisses totales étaient 8 fois plus augmentées que normalement, la cholestérine était seulement 2 fois plus abondante que normalement.

Les auteurs concluent que le xanthome peut survenir en l'absence de haute teneur en cholestérine du sang. Les lésions xanthomateuses ne paraissent pas dues à la cholestérine; celle-ci reste normale, alors que les autres lipoïdes sont augmentés.

L'augmentation de cholestérine dans le sang, dans la lipémie du diabète est un facteur associé au désordre du métabolisme graisseux, et non pas la cause première des lésions xanthomateuses.

En l'absence de diabète, une augmentation marquée de la graisse alimentaire ne paraît pas influencer la formation ou l'augmentation des tumeurs xanthomateuses

Dans le diabète, une alimentation riche en graisses n'augmente pas le xanthome; l'accroissement de celui-ci paraît dû au trouble du métabolisme graisseux associé à l'état diabétique.

Le meilleur traitement chez les diabétiques ou les non diabétiques semble être une cure de rééducation des aliments gras; en d'autres termes, il convient de traiter les xanthomateux comme les obèses.

R. Burnier.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION *(Chicago)*

H. Wehrtens et P. Hanzlick (de San Francisco). ***L'action diurétique du bismuth*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCI, nº 4, 28 Juillet 1928). — Les injections intra-musculaires de composés bismuthiques, qu'il s'agisse de Bi-métal en solution glucosée, ou de tartrate, ou salicylate double de potassium et de Bi en solution huileuse,

produisent chez l'homme, en un très court délai, une diurèse très notable. De même, l'administration *per os* de 3 à 5 gr. de sous-nitrate de Bi est susceptible d'entraîner un accroissement du taux des urines; cette action est toutefois inconstante, et l'expérimentation de W. et H., de l'aveu même de ceux-ci, repose sur trop peu de cas pour pouvoir donner à ce sujet une opinion définitive. La diurèse, après administration du sous-nitrate par voie digestive, est vraisemblablement due à l'action du radical nitré, comme le donne à penser l'apparition de réactions circulatoires analogues à celles que produisent habituellement les nitrites.

En conclusion, W. et H. conseillent l'emploi des composés bismuthiques, à titre de diurétique, dans les néphrites avec œdème.

Pierre-Noel Deschamps.

E. Sevringhaus (de Madison). ***Les difficultés du diagnostic du coma insulinique*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCI, n° 5, 4 Août 1928). — S., à propos de deux observations, insiste sur les difficultés du diagnostic du coma insulinique dans certains cas où le diabète avec acidose s'associe à des affections elles-mêmes comatogènes.

La première observation concerne un sujet atteint de mastoïdite suppurée, traité par l'insuline, et chez lequel l'apparition de convulsions fut d'abord mise sur le compte du développement d'une méningite ou d'un abcès cérébral. Dans le second cas, il s'agissait d'un diabète avec acidose chez un sujet atteint par ailleurs de syphilis cérébrale, capable par elle-même de donner lieu à des phénomènes convulsifs et comateux. Dans des cas semblables, S. conseille, à titre d'épreuve thérapeutique, une injection intraveineuse d'une solution de glucose à 50 pour 100; le coma insulinique est, en ce cas, immédiatement dissipé, et une unique injection de glucose ne peut entraîner d'inconvénients sérieux lorsque l'insuline n'est pas en cause.

Pierre-Noel Deschamps.

R. Hoobler (de Détroit). ***Les symptômes de la déficience de vitamine B chez les enfants*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCI, n° 5, 4 Août 1928). — H. décrit les symptômes du « béribéri infantile », affection assez commune aux îles Philippines et qui est due à une déficience alimentaire de vitamine B ou « vitamine antinévritique ». Des symptômes analogues commencent à s'observer, suivant H., sur le continent américain, du fait que l'alimentation des nourrices, de même que celle des enfants nourris au lait de vache, aux produits sucrés et aux bouillies de céréales est également déficiente en vitamine B : cette déficience partielle est capable de produire des symptômes analogues à la déficience totale. Le complexus symptomatique ainsi défini consiste en anorexie, perte de poids, contracture des membres supérieurs et inférieurs, raideur de la nuque, agitation motrice et irritabilité, et enfin anémie avec abaissement de la valeur globulaire.

Ces symptômes disparaissent lorsqu'on ajoute au régime une quantité déterminée de levure de bière.

Pierre-Noel Deschamps.

L. Aycock et E. Luther (de Boston). ***La phase pré-paralytique de la poliomyélite. Observation de 106 cas traités par le sérum de convalescents*** (*Journal of the American medical Association*, t. XCI, n° 6, 11 Août 1928). — A. et L. font une étude précise de la phase préparalytique de la poliomyélite, très utile à bien connaître, car c'est à ce moment que le sérum de convalescents possède son maximum d'action. Cette phase préparalytique, dont les systèmes sont ici minutieusement décrits sans que A. et L. apportent des détails cliniques bien nouveaux, dure en moyenne 3 jours. C'est au cours de cette période pré-paralytique, dans les 4 premiers jours de la maladie, que A. et L., chez 106 malades, ont employé le sérum de convalescents, en injections intraveineuses et intrarachidiennes.

De ces sujets, 64 pour 100 devinrent paralysés malgré le traitement, mais un très petit nombre fit des paralysies totales, la maladie guérit complètement, sans qu'aucune impotence fonctionnelle ne soit apparue. Enfin, dans les cas ainsi traités, les phénomènes paralytiques, quand ils ne peuvent être évités, demeurent le plus souvent incomplets et partiels. Il y a donc lieu de répandre l'usage du sérum de convalescents dans le traitement de la poliomyélite aiguë.

Pierre-Noel Deschamps.

O. Kimball (de Cleveland). ***L'efficacité et l'innocuité du traitement préventif du goitre endémique*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCI, n° 7, 18 Août 1928). — K. rapporte ici les résultats d'une expérience de prévention du goitre endémique par des préparations iodées, expérience pratiquée sur une grande échelle dans l'état de Michigan. L'administration de sel iodé aux enfants des écoles a fait tomber d'une façon très notable la proportion de goitreux, entre 1924 et 1928. D'autre part, K. rappelle les travaux parus, depuis les observations initiales de Killiet, sur l'hyperthyroïdie d'origine iodique; il résulte de ses observations personnelles que le traitement iodé est incapable, à lui seul, de provoquer un processus d'hyperthyroïdie.

Pierre-Noel Deschamps.

D. Symmers (de New-York). ***Le traitement sérothérapique de l'érysipèle. Résultats de 705 cas traités au Bellevue Hospital de New-York*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCI, n° 8, 25 Août 1928). — S. fait un grand éloge du traitement de l'érysipèle par la sérothérapie, qu'il compare, en ce qui concerne ses résultats, à la sérothérapie antidiphtérique. Toutefois, il faut bien en connaître les limites, il ne confère pas l'immunité, les rechutes survenant avec la même fréquence que dans les cas différemment traités; il ne met pas à l'abri des complications, telles par exemple que les abcès, il ne prévient pas les séquelles. La sérothérapie anti-érysipélateuse n'a d'action que sur l'évolution de la phase aiguë, qu'elle paraît raccourcir considérablement.

L'érysipèle de la face réagit mieux à la sérothérapie que celui des membres. S. rapporte les résultats de 563 cas d'érysipèle de la face traités au Bellevue Hospital, dont 92 pour 100 furent guéris en un laps de temps de 2 à 7 jours, et 2 pour 100 du 8e au 14e jour; dans une série parallèle de 489 malades traités par d'autres méthodes, 27 pour 100 furent guéris du 3e au 7e jour, 49 pour 100 du 8e au 15e, 15 pour 100 entre le 15e et le 53e. Les cas mortels s'élevèrent à 9 pour 100, tandis que ceux-ci, dans la série précédente, ne dépassaient pas 5 pour 100.

De même, chez 142 malades atteints d'érysipèle du corps, traités par l'antitoxine, 78 pour 100 furent guéris en 3 à 7 jours, 10 pour 100 en 8 à 14 jours, 3 1/2 pour 100 eurent une évolution beaucoup plus prolongée, 9 pour 100 moururent; chez 92 sujets non soumis à la sérothérapie, 18 pour 100 guérirent en 4 à 7 jours, 43 pour 100 en 8 à 14 jours, 17 pour 100 du 15e au 46e jour, 23 pour 100 des cas furent mortels.

La voie d'introduction du sérum est la voie intramusculaire, les injections intraveineuses devant être réservées aux cas très sévères et offrant certains dangers.

Dans l'ensemble, J. admet que l'emploi du sérum réduit la période d'invalidité au cours de l'érysipèle d'environ 60 pour 100.

Pierre-Noel Deschamps.

BULLETIN of the JOHNS HOPKINS HOSPITAL (Baltimore)

Sven Ingvar (de Lund). ***Sur la pathogénie du phénomène d'Argyll-Robertson*** (*Bulletin of the John Hopkins Hospital*, tome XLIII, n° 6, Décembre 1928). — En se basant sur des raisons de développement, I. pense que les voies de conduction du réflexe pupillo-moteur passent à la surface de l'encéphale.

La méningite syphilitique produisant des dégénérescences marginales des voies optiques comme de toutes les parties de l'encéphale, les voies de conduction du réflexe pupillo-moteur peuvent être altérées de très bonne heure en raison de leur superficialité.

L'immobilité pupillaire à la lumière doit être interprétée simplement comme un symptôme de méningite. Le signe d'Argyll-Robertson traduit l'existence d'un processus inflammatoire des espaces sous-arachnoïdiens de la base du cerveau le long des voies optiques. C'est un indice très sensible des lésions de cette région lorsqu'il apparaît de bonne heure et de même ordre de valeur que le ptosis.

On comprend ainsi la possibilité de troubles pupillaires après une lésion traumatique. Et c'est parce que la syphilis et la métasyphilis produisent avec prédilection des destructions superficielles au niveau des espaces sous-arachnoïdiens de la base du cerveau qu'elles semblent tenir un monopole parmi les causes de ce symptôme clinique de valeur.

Robert Clément.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES (Philadelphie-New-York)

J. L. Richardson. ***Aspects cliniques nouveaux de l'alcoolisme*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXVI, n° 2, Août 1928). — Depuis la loi de prohibition, on voit l'alcoolisme revêtir aux Etats-Unis des aspects cliniques assez différents de ceux qu'on lui connaissait, et il est probable qu'avec la consommation des liqueurs de contrebande, d'autres poisons viennent ajouter leur action à celle de l'alcool et imprimer des caractères nouveaux à l'intoxication. Ce travail est basé sur 198 cas observés à Cleveland de 1921 à 1926.

La perte de conscience est plus commune et se montre plus précocement; une réaction fébrile existe dans la plupart des cas et la majorité présentent une albuminurie passagère. Des symptômes anormaux et des complications bizarres (néphrite aiguë, hémorragie cérébrale accompagnée de convulsions toniques, fibrillation auriculaire, colite ulcéreuse aiguë, brûlures de la muqueuse buccale, rétrécissement de l'œsophage) indiquent l'intervention d'autres toxiques que l'alcool éthylique. Trois malades, dont l'un succomba, présentèrent des symptômes d'intoxication par l'alcool méthylique avec des troubles visuels.

L'alcoolisme chronique a changé en ce sens que les individus ne s'alcoolisent plus à petit feu tous les jours, mais ont tendance à se griser fréquemment. Aussi le delirium tremens qui reconnaît avant tout comme origine l'alcoolisme chronique est-il devenu plus rare.

La névrite alcoolique d'à présent est caractérisée par son début rapide; moins de quatre semaines s'écoulent, en général, avant qu'apparaisse une impotence musculaire marquée. Celle-ci constitue le symptôme principal dans 72 pour 100 des cas.

La cirrhose est essentiellement identique à ce qu'elle était avant la prohibition.

P.-L. Marie.


EN INJECTIONS
SOUS CUTANÉES
VÉRITABLEMENT
INDOLORES
l'acétylarsan
RÉUNIT LES CONDITIONS REQUISES
PAR LES DIFFÉRENTES MODALITÉS
DU TRAITEMENT ANTISYPHILITIQUE
TRAITEMENT D'ASSAUT
TRAITEMENT D'ENTRETIEN
TRAITEMENT D'ÉPREUVE
HÉRÉDO-SYPHILIS
LE LABORATOIRE DES PRODUITS
"USINES DU RHÔNE"
21, RUE JEAN GOUJON, PARIS 8e
tient à la disposition du Corps
médical la littérature documentaire et les échantillons nécessaires à une expérimentation
convaincante.

RÉPERTOIRE DE MÉDECINE PRATIQUE

Un classeur des **Répertoires de Médecine pratique** *est en vente à nos bureaux au prix de : France et étranger,* **9** *francs (envoi franco).*

(N° 484)

Traitement aurique de la Tuberculose pulmonaire

I. — Posologie, mode d'emploi et réactions médicamenteuses.

La *médication aurique*, fréquemment utilisée contre la tuberculose depuis Paracelse (1526), a été, dans ces dernières années, l'objet d'importantes recherches de la part de Mollgaard (de Copenhague).

Cet auteur, après de nombreux essais à l'aide de combinaisons de l'or avec divers corps, a retenu, en raison de sa plus grande efficacité, le *thiosulfate double d'or et de sodium*, qu'il va même jusqu'à considérer comme une véritable médication spécifique, à l'exemple de la quinine dans le paludisme et du mercure dans la syphilis.

Posologie et mode d'emploi. — Ce sel d'or, — Sanocrysine de Mollgaard, Crisalbine de Rhône-Poulenc, — découvert en 1845 par deux chimistes français, Fordos et Gélis, — se présente sous la forme d'une substance neigeuse, cristallisée en fines aiguilles et facilement soluble dans l'eau.

Il a été d'abord employé, à l'instigation des médecins danois, aux doses de 0 gr. 50 à 1 gr. par injection intraveineuse hebdomadaire; mais aujourd'hui, en raison des réactions médicamenteuses, parfois dangereuses, que ces fortes doses peuvent provoquer, la plupart des auteurs préconisent des doses faibles et progressives, de 0 gr. 05 à 0 gr. 25, dose la plus fréquemment utilisée.

Le médicament est présenté en ampoules scellées de 0 gr. 05, 0 gr. 10 et 0,25 centigr. et accompagné d'une ampoule d'eau distillée. On dissout extemporairement la quantité à injecter dans l'eau distillée, à raison de 1 cmc d'eau par 0 gr. 05 centigr. de produit et cette solution est injectée dans les veines du pli du coude, suivant la technique ordinaire.

L'injection est renouvelée chaque semaine; la première sera faite à la dose de 0 gr. 05 centigr. pour tâter la susceptibilité du malade vis-à-vis de la médication, la seconde de 0 gr. 10 centigr., la troisième de 0 gr. 25 centigr. et l'on continuera chaque semaine à cette même dose, jusqu'à ce que la quantité totale de sel d'or administrée atteigne 4 à 6 gr.

Après un repos d'un à deux mois, on pourra faire une nouvelle série d'injections hebdomadaires.

Si au cours de l'injection quelques gouttes de la solution médicamenteuse venaient à fuser en dehors de la veine, et à provoquer une légère douleur, suivie d'une rougeur locale, l'application de compresses humides suffirait pour faire disparaître cet incident sans gravité au bout de quelques jours.

Réactions médicamenteuses. — Il est établi aujourd'hui que les réactions qui suivent l'injection médicamenteuse traduisent les effets d'une intoxication métallique et non ceux d'une intoxication tuberculinique due à la destruction des bacilles; aussi l'administration du sérum d'animaux tuberculisés, préparé par Mollgaard et destiné à combattre le choc tuberculinique, est-elle abandonnée par les médecins danois eux-mêmes.

Si l'on n'emploie que les doses indiquées, ces réactions sont légères et transitoires.

Réactions thermiques. — La température peut s'élever vers le soir ou le lendemain de l'injection; cette poussée fébrile est sans importance; il n'en serait pas de même si la fièvre due à l'injection venait à se prolonger, elle justifierait l'interruption du traitement.

Réactions rénales. — L'albuminurie est fréquente et durable avec les doses fortes; elle est rare et éphémère avec les doses faibles; il convient de la rechercher systématiquement avant et après chaque injection et, si elle vient à se manifester, d'interrompre les injections jusqu'à sa disparition.

Réactions gastro-intestinales. — On constate assez fréquemment aussitôt après l'injection un état nauséeux, et même quelques vomissements, qui s'accompagnent d'une saveur métallique; on évite la production de ce petit incident, si l'on a soin de procéder à l'injection avec lenteur, d'user de la solution diluée que nous avons indiquée et de n'administrer le médicament que si le malade est à jeun.

Certains sujets peuvent présenter, pendant les jours qui suivent l'injection, de la diarrhée accompagnée de quelques douleurs abdominales; ces troubles intestinaux n'ont d'importance que s'ils sont durables.

Réactions cutanées et muqueuses. — Elles sont exceptionnelles, et revêtent différents types: tantôt il s'agit d'un exanthème morbilliforme ou scarlatiniforme, plus rarement urticarien ou eczématiforme, qui se développe assez rapidement, en moins de vingt-quatre heures après l'injection et disparaît au bout de quatre à cinq jours, ou bien on constate un enanthème bucco-pharyngé, gênant la mastication et la déglutition.

Ces diverses réactions médicamenteuses, en raison de la bénignité de leur évolution, ne contre-indiquent pas la pratique du traitement ambulatoire des malades au cabinet du médecin.

G. Poix.

RÉPERTOIRE DE MÉDECINE PRATIQUE

Un classeur des **Répertoires de Médecine pratique** *est en vente à nos bureaux au prix de : France et étranger,* **9** *francs (envoi franco).*

(N° 485)

(Traitement aurique) **TUBERCULOSE PULMONAIRE**

Traitement aurique de la Tuberculose pulmonaire

(*suite*)

II. — Résultats, indications et contre-indications.

Résultats. — Les ***résultats*** obtenus par l'aurothérapie sont inconstants et variables; ils sont souvent très appréciables et exceptionnellement remarquables.

Signes généraux. — *L'état général* est amélioré dans la moitié des cas environ et le *poids* augmente fréquemment au cours du traitement, mais plus souvent l'augmentation de poids se manifeste dans les semaines qui suivent la fin du traitement.

La *fièvre*, quand elle est le résultat d'une poussée évolutive, même chez les sujets qui présentent depuis plusieurs semaines de grandes oscillations thermiques, s'abaisse progressivement dans un certain nombre des cas; cette défervescence peut être immédiate, ou ne se produire qu'à la fin de la série des injections médicamenteuses; le plus souvent elle est durable et se maintient après la cessation du traitement.

Signes fonctionnels. — La *toux* diminue d'ordinaire sous l'influence du traitement.

Il en est de même de l'*expectoration*: les crachats deviennent moins abondants et moins épais; mais ce n'est que très exceptionnellement que l'on constate la disparition de ces deux symptômes.

Si la diminution des *bacilles* est assez fréquente, leur disparition, signalée comme n'étant pas rare par les médecins danois, est au contraire exceptionnelle.

Signes physiques. — Les modifications des *signes stéthacoustiques* sont très inconstantes; parfois les bruits adventices sont moins nombreux et plus secs, variations qui témoignent d'un asséchement relatif des lésions.

Signes radiologiques. — L'aspect *radiologique*, s'il est parfois inchangé, présente souvent d'incontestables modifications que l'on apprécie par l'étude comparative de films pris dans les mêmes conditions et ayant été soumis au même mode de tirage; tantôt les zones d'ombre sont estompées et comme « lavées » et certaines taches peuvent même disparaître, modifications qui paraissent en rapport avec l'atténuation des lésions broncho-alvéolaires; tantôt l'opacité des plages d'ombre s'accroît, leur centre devient plus net, en même temps que l'on constate une rétraction pariétale et médiastine, qui témoigne d'un processus de fibrose. Cette amélioration des signes radiologiques s'accentue parfois longtemps après la cessation du traitement et dans ces cas s'accompagne d'une amélioration considérable des signes fonctionnels et généraux.

Indications. — C'est chez les *ulcéro-fibreux* peu évolutifs et stabilisés qu'ont été obtenus les résultats les plus favorables; chez les *fibreux* ayant une symptomatologie très réduite, il est difficile de se rendre compte de l'action du traitement; les *ulcéro-caséeux* paraissent bénéficier de la médication aurique, surtout pour combattre la fièvre qui accompagne les poussées évolutives, mais l'action thérapeutique dans ces cas n'est qu'exceptionnellement durable.

L'aurothérapie est indiquée dans les cas de tuberculose aiguë à forme pneumonique ou bronchopneumonique; elle peut être utilement associée à la cure hygiéno-diététique chez les malades justiciables ou non d'un des procédés de la méthode collapsothérapique.

Contre-indications. — Elles sont sous la dépendance de la forme de tuberculose en cause, de l'état général du sujet et de l'état du rein et de l'intestin.

Les *formes hyperthermiques et suraiguës* de l'infection bacillaire constituent une contre-indication à l'emploi de la médication aurique, qui, dans ces cas, serait non seulement inefficace, mais encore pourrait activer l'évolution de la maladie.

L'*état général* du sujet doit présenter une résistance suffisante pour que les réactions médicamenteuses puissent être supportées; on s'abstiendra donc d'utiliser cette médication chez les malades arrivés à la période cachectique de leur affection.

Mais si, avant la première injection aurique, un examen complet doit être pratiqué, il est deux organes dont il convient surtout de s'assurer du fonctionnement normal, ce sont le *rein* et l'*intestin*.

Le dosage de l'urée sanguine ou au moins la recherche de l'albumine urinaire devront être pratiqués avant de commencer le traitement, la constatation d'une *rétention azotée* ou la présence d'une *albuminurie* préexistante constituant des contre-indications formelles.

Enfin on s'abstiendra d'utiliser ce traitement chez les malades présentant de l'*entérite tuberculeuse*, et aussi chez ceux atteints de *troubles intestinaux* chroniques, se manifestant par une diarrhée persistante, quelle qu'en soit la cause, même si elle est d'origine dysentérique. L'expérience a montré en effet que dans ces cas l'élimination des sels d'or par la voie intestinale aggrave les troubles déjà existants.

Conclusions. — L'efficacité de la médication aurique dans certains cas de tuberculose pulmonaire est un fait dont on ne peut nier l'évidence et comme nous l'affirmions déjà en 1925, après avoir constaté à Copenhague les résultats obtenus par Knud Faber, dans son service du Rigs Hospital, nous nous trouvons pour la première fois en présence d'un traitement chimiothérapique, qui, malgré qu'il ne soit pas spécifique, comme l'avait cru Mollgaard, n'en exerce pas moins une action favorable sur l'évolution de la tuberculose.

G. Poix.


LE PLUS EFFICACE, LE PLUS MANIABLE DES TOPIQUES CICATRISANTS ET DES AGENTS MODIFICATEURS
Créosoforme
LAMBIOTTE FRÈRES
CRÉOSOTE 96 %. — FORMALDÉHYDE 4 %.
SUPÉRIEUR A L'IODOFORME DANS TOUS SES EMPLOIS
PLAIES, ULCÉRATIONS
BRÛLURES
TUBERCULOSES CHIRURGICALES
MÉTRITES, DERMATOSES
HÉMORROÏDES
CRÉOSOFORME POUDRE
CRÉOSOFORME OVULES
CRÉOSOFORME SUPPOSITOIRES
CRÉOSOFORME ONGUENT
10 SUPPOSITOIRES


LA CRÉOSOTE SANS CRÉOSOTISME
PHOSOTE
LAMBIOTTE FRÈRES
PHOSPHATE DE CRÉOSOTE PURE
(CRÉOSOTE 80 % - ACIDE PHOSPHORIQUE 20 %)
ASSIMILATION COMPLÈTE
TOLÉRANCE PARFAITE
PHOSOTE INJECTABLE EN AMPOULES de 1 - 2 - 3 c.c. 1 c.c. par jour ou 2 c.c. tous les 2 jours ou 3 c.c. tous les 3 jours
TOUTES AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES AIGUËS ET CHRONIQUES PRÉ-TUBERCULOSE TUBERCULOSE
PHOSOTE SUPPOSITOIRES dosés à 0,5 c.c. 2 par jour
10 SUPPOSITOIRES

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MÉDECINE

(Paris)

A. Puech et P. Cristol (de Montpellier). — ***Du rôle des polypeptides dans l'intoxication urémique; indice de polypeptidémie et néphrite urémigène*** (*Annales de Médecine*, tome XXV, nº 1, Janvier 1929). — On connaît bien le défaut de proportionnalité entre les chiffres de l'azotémie et les accidents constatés.

De nombreux dosages pratiqués par P. et C. se dégagent les deux faits importants suivants :

1º Le taux des polypeptides sanguins des néphrétiques n'est pas proportionnel à celui de l'azotémie ;

2º Il présente un rapport indiscutable avec l'intensité des troubles présentés par le malade. Dans les néphrites azotémiques sans accident, il reste modéré; il s'élève avec l'aggravation des symptômes et atteint des chiffres considérables lors de l'apparition des grands accidents de l'urémie.

P. et C. relatent 23 observations.

A l'état normal, l'indice de polypeptidémie est de 0,005 à 0,02.

Dans les néphrites azotémiques, à polypeptidémie faible, correspondent soit la latence clinique complète, soit, dans les cas de longue durée, des troubles chroniques caractérisés surtout par l'anémie et l'amaigrissement. Une hyperpolypeptidémie aux environs de 0,150 va de pair avec une atteinte marquée de l'état général, mais sans grande manifestation urémique. La polypeptidémie augmente au cours d'une aggravation de la maladie. Lorsque les grands accidents urémiques apparaissent, la polypeptidémie atteint les taux énormes de 0,300 et plus, qui sont les chiffres observés au moment de la mort.

Si les très fortes hyperpolypeptidémies se voient chez les grands azotémiques, il n'y a cependant pas proportionnalité entre les taux de l'une et de l'autre. L'hyperpolypeptidémie est plus particulièrement responsable des accidents nerveux et surtout des grands accidents qui caractérisent les crises d'urémie graves ou mortelles.

Paraphrasant Chabanier, P. et C. estiment que l'hyperazotémie fixe mieux le pronostic lointain des néphrites chroniques, suivant les lois de Widal, l'hyperpolypeptidémie leur pronostic immédiat.

Il est du reste difficile de dire si la polypeptidémie a un rôle pathogénique ou n'est qu'un témoin au cours des accidents urémiques.

Le facteur rénal est associé à plusieurs autres facteurs dont les moins connus sont de nature physico-chimiques et concernent la répartition des constituants organiques entre les globules et le plasma sanguin. En ce qui concerne les polypeptides, tout se passe dans les néphrites azotémiques comme si les globules rouges imperméables aux constituants organiques se vidaient de ceux-ci dans le plasma au fur et à mesure de l'augmentation de la rétention azotée. L. Rivet.

ANNALES de MÉDECINE et de CHIRURGIE

(Paris-Belgrade)

M. Donati (Turin). ***Sur le traitement opératoire de l'ulcère gastrique et duodénal*** (*Annales de Médecine et de Chirurgie*, tome 1, nºs 2-3, fasc. 1, 1928). — Le problème de la cure chirurgicale de l'ulcère gastrique et duodénal est actuellement résolu de façon assez différente suivant les Ecoles, par suite surtout de notre ignorance concernant les facteurs intimes étiologiques et pathogéniques. Mais, en somme, ce traitement reste circonscrit essentiellement à la gastro-entérostomie et à la résection.

D. ne croit pas que ces deux opérations puissent être opposées l'une à l'autre, parce qu'il y a indubitablement des cas qui guérissent définitivement après simple gastroentérostomie. Son avis est qu'il faut être à ce sujet éclectique, étudiant pour chaque cas laquelle des deux opérations peut être la plus indiquée. Il est certain que la tendance de beaucoup — et D. est de ceux-là — est d'élargir plutôt les indications de la résection : quelques insuccès de la gastro-entérostomie, ou des succès seulement temporaires, surtout par formation d'ulcère peptique ou par maintien du passage partiel du chyme, particulièrement dans les ulcères duodénaux, avec persistance de l'ulcère; enfin, la découverte, dans quelques ulcères réséqués, d'une dégénérescence cancéreuse, qu'il n'était pas possible de soupçonner, et la dégénérescence cancéreuse tardive de l'ulcère opéré par les méthodes conservatrices, sont les principaux arguments qui ont amené beaucoup à préférer, lorsque cela est possible, la résection à la gastroentérostomie.

Toutefois, généraliser dans ce sens n'est pas possible, et serait même une grave erreur. D. est d'avis que la résection trouve surtout son indication dans les ulcères qui ont tendance à se superficialiser et ainsi à se perforer ou à saigner fortement; et aussi dans les ulcères calleux, perforés ou non, qui doivent toujours être fortement suspects de dégénérescence maligne. Quelquefois même des petites callosités apparemment non suspectes traduisent déjà la dégénérescence maligne. Dans sa statistique, D. a recueilli 6 cas de sténose pylorique par ulcère ayant certainement toutes les apparences de l'ulcère simple par leur histoire clinique et leur aspect à l'ouverture de l'abdomen et qui, après un temps variable de 1 à 3 ans, se sont présentés avec un carcinome développé à la place de l'ancien ulcère. Les constatations de ce genre légitiment et même imposent la résection dans tous les cas d'ulcère calleux, toutes les fois, naturellement, que les conditions le permettent. Par contre, dans les pures sténoses pyloriques cicatricielles et dans certains ulcères duodénaux fortement adhérents, difficiles à libérer, il faut consentir à la gastroentérostomie; il en est de même pour certains cas où, à l'opération, on n'a pas bien constaté le siège de l'ulcère, déjà démontré préopératoirement par l'examen radiologique.

De 1923 à 1927, D. a opéré 250 ulcères gastro-duodénaux, avec une mortalité opératoire totale de 5,7 pour 100 (l'anesthésie générale a été employée dans 70 pour 100 des cas, la locale ou la rachianesthésie dans 19 pour 100). Les opérations pratiquées furent au total de 259, dont 9 réinterventions (4 pour ulcères peptiques dans des cas opérés de gastroentérostomie avec exclusion pylorique et 5 pour éventrations post-opératoires). 68 opérations furent radicales, 186 palliatives. De l'étude de cette statistique personnelle l'auteur tire les conclusions suivantes :

Les indications à l'intervention chirurgicale dans les ulcères gastro-duodénaux et le choix de celle-ci dépendent des résultats des traitements médicaux précédemment appliqués, de l'examen minutieux de chaque malade, des conditions cliniques actuelles et de l'évolution de l'affection, enfin de la condition sociale du patient.

Dans les perforations aiguës, il faut intervenir le plus précocement possible; la suture de la perforation avec gastroentérostomie et la résection gastroduodénale sont toutes les deux les meilleures interventions (6 guérisons sur 7 cas opérés).

Dans les hémorragies aiguës, rebelles au traitement médical, il est légitime d'intervenir, et la résection est l'opération nécessaire. Mais le pronostic reste réservé (2 morts sur 3 opérés). Dans les hémorragies aiguës uniques, le traitement médical est indiqué, sauf si l'on sait qu'elles proviennent d'un ulcère calleux pénétrant.

Dans les ulcères calleux perforés dans un viscère, ainsi que dans les ulcères non compliqués, dans les sténoses pyloriques cicatricielles, il faut préférer la cure radicale, parce que, dans certains cas, la gastroentérostomie n'évite pas la perforation, l'hémorragie, la dégénérescence cancéreuse, les ulcères peptiques. Mais il ne faut pas être exclusif : il est des cas où les conditions générales du patient et les conditions locales de la partie malade rendent recommandables les opérations dites palliatives.

Depuis un certain temps, D. ne fait plus l'exclusion pylorique, parce que les seuls ulcères peptiques observés par lui chez ses opérés furent tous consécutifs à l'exclusion. L'excision en selle pour ulcère de la petite courbure gastrique conduit à des troubles d'atonie et d'ataxie du segment pylorique de l'estomac; cette opération doit donc être toujours associée à la gastroentérostomie.

La fermeture du manchon duodénal dans les résections est facilitée, dans les cas de lésions graves et étendues du duodénum, par une incision exploratrice parapylorique ou para-ulcéreuse sur la paroi antérieure du duodénum, suivie de l'excision de l'ulcère. Il reste toujours de l'étoffe plus qu'il n'en faut pour une bonne et solide fermeture par plans du duodénum, que l'on peut du reste renforcer avec un lambeau d'épiploon.

La résection gastro-duodénale dans les ulcères gastriques ou duodénaux, en dehors des perforations dans la cavité péritonéale libre ou des hémorragies aiguës, a été suivie d'une mortalité d'à peine 3.75 pour 100 (la cause de la mort fut la broncho-pneumonie).

Bien que les résultats immédiats et lointains des résections se soient montrés plus satisfaisants que ceux des gastroentérostomies et, en général, des opérations palliatives, D. tient à répéter, en terminant, que la méthode de traitement chirurgical doit être individualisée suivant les cas. J. Dumont.

N. N. Petrov (Leningrad). ***Que nous apprennent les réinterventions dans la maladie ulcéreuse de l'estomac*** (*Annales de Médecine et de Chirurgie*, tome I, nºs 2-3, fasc. 1, 1928)? — P., dans ce travail cherche à établir la valeur respective de la résection et de la simple gastroentérostomie dans la thérapeutique des ulcères gastro-jéjunaux, d'après les constatations faites au cours des réinterventions devenues nécessaires à la suite de l'une ou de l'autre de ces opérations.

Sur un peu plus de 400 opérations faites dans son service pour ulcères gastro-duodénaux depuis 1921, on a été obligé de réintervenir 32 fois, de plusieurs mois à plusieurs années après la 1re opération : 19 de ces cas avaient été opérés la 1re fois dans le service même, les 13 autres l'avaient été dans d'autres cliniques.

Sur les 19 cas personnels ayant nécessité une réintervention, 13 avaient été gastroentérostomisés plus d'un an auparavant et provenaient d'un nombre total de 250 gastroentérostomies antérieures; 3 avaient subi une pyloroplastie et provenaient d'un nombre total de 30 pyloroplasties antérieures; 2 avaient été traités par une petite résection et provenaient d'un nombre total de 35 résections antérieures, et 1 avait été traité par simple tamponnement après ulcère perforé. Sur les 13 malades opérés primitivement par d'autres chirurgiens, presque tous (12) avaient subi une gastroentérostomie, et chez un seul on n'avait fait qu'une laparotomie exploratrice.

Les constatations faites au cours de ces réinterventions permettent à P. de conclure que :

1º En ce qui concerne la cicatrisation de l'ulcère peptique gastrique ou duodénal après la gastroentérostomie, si cette cicatrisation se fait dans de nombreux cas, elle est bien loin d'être la règle, car sur 25 réinterventions après gastroentérostomie, il n'existait que 4 fois des signes de cicatrisation de l'ulcère (sur 3 réinterventions après pyloroplastie, on ne trouva dans aucun cas de signes de cicatrisation de l'ulcère).

2º Les rétrécissements de la bouche ne sont pas rares après gastroentérostomie (6 cas sur 25 réinterventions) et après résection (1 cas sur 2 réinterventions). Ces rétrécissements sont certainement fonction de la technique opératoire. Les sutures à la soie continues et à plusieurs étages et surtout le bouton

prédisposent au rétrécissement; la suture à points séparés en un plan diminue le pourcentage des rétrécissements. L'état inflammatoire de la paroi gastrique où est placée l'anastomose prédispose aussi au rétrécissement; aussi faut-il toujours se soucier de diminuer les phénomènes inflammatoires par une thérapeutique interne avant l'opération. Les conséquences du rétrécissement sont d'ailleurs loin de pouvoir être toujours réparées même par une nouvelle opération.

De nouveaux ulcus peptiques peuvent apparaître après toutes les anastomoses ou résections, quelle qu'ait été la façon dont on les a pratiquées, et cela même plusieurs années après l'opération; ils sont particulièrement fréquents dans les ulcus du pylore et du duodénum, chez les malades de sexe masculin, après anastomose à longue anse, entéroanastomose et exclusion du pylore. Jusqu'à présent il n'est pas démontré que les récidives d'ulcus peptique soient plus rares dans les résections, même pratiquées largement, que dans les anastomoses exécutées correctement.

Le choix de la résection ou de l'anastomose doit être dicté par l'état du malade et de la maladie ainsi que par l'expérience personnelle du chirurgien; il n'est pas soumis à une réglementation immuable. Les ulcus calleux de l'estomac demandent plus impérativement une résection que les ulcus du duodénum.

Le chirurgien qui refuse par principe la résection dans les ulcus du corps de l'estomac, en faveur de l'anastomose, limite sciemment à 75 pour 100 au maximum la possibilité d'une guérison durable pour ses malades. Réciproquement, celui qui de parti pris ne veut pas pratiquer l'anastomose, augmente sciemment la mortalité post-opératoire pour le moins du simple au double. C'est pourquoi l'on peut dire que les deux points de vue extrêmes sont tous deux erronés. J. Dumont.

G. Maingot et F. Moret (Paris). ***Valeur des signes radiologiques indirects des ulcères gastriques*** (*Annales de Médecine et de Chirurgie*, t. I, nos 2-3, fasc. 1, 1928). — Certains ulcères de l'estomac créent un syndrome radiologique si net que le diagnostic s'impose avec une magnifique précision. D'autres, au contraire, échappent aux moyens actuels du radiodiagnostic parce qu'ils n'ont ni une anatomie pathologique, ni une physiologie pathologique assez riche pour modifier l'aspect radiologique normal de l'estomac. Entre le syndrome radiologique complet et l'absence de signes dans les ulcus gastriques tous les intermédiaires viennent prendre place : il y a des lésions qui s'expriment par des signes peut-être peu nombreux mais de grande valeur; il y a d'autres lésions qu'on ne soupçonne que d'après des symptômes dont l'interprétation est spécieuse.

D'ailleurs, dans le tableau général du syndrome complet, les manifestations pathologiques n'ont pas toutes la même valeur interprétative : les unes sont la manifestation même de la lésion, les autres sont des réactions secondaires à l'ulcus; les premières sont les *signes directs de l'ulcus*, les secondes sont des *signes indirects*. Passons en revue les unes et les autres.

Les *signes directs, in situ*, sont l'expression de l'ulcère lui-même ou des modifications immédiates qu'il apporte à l'image gastrique : ainsi en est-il des rétractions et rigidités segmentaires, des diverticules, des périgastrites et des douleurs exquises au siège même de la lésion.

Les *signes indirects* sont les réactions secondaires, locales, à distance de la lésion ulcéreuse, sur la physionomie de l'estomac : rappelons les phénomènes parakinétiques (spasmes médiogastriques et spasmes pyloriques, premiers termes et principaux facteurs des sténoses digestives), l'antipéristaltisme en amont des sténoses, les bouleversements de la motricité même sans sténose (alternatives d'hyperkinésie et d'akinésie), les dilatations segmentaires de la petite tubérosité et du bacille duodénal, l'hypersécrétion, et, pour terminer, les perturbations de l'évacuation qui relèvent en définitive des perturbations motrices.

Or, directs ou indirects, tous ces signes sont contingents : il y a des ulcères occultes, et *estomac radiologiquement normal n'est pas forcément estomac anatomiquement normal.*

D'autre part, certains signes directs sont simulés par des affections non ulcéreuses : des états inflammatoires ou des infiltrations néoplasiques projettent des apparences de rétractions segmentaires et créent des rigidités segmentaires; le diverticule, la niche de Haudeck elle-même qui sont l'expression la plus immédiate de l'ulcère, servent aussi d'expression à des états anatomo-pathologiques autres que les ulcères. Des erreurs de lecture peuvent faire prendre des faux semblants pour de véritables diverticules, des calculs peuvent simuler une rétention barytée dans une niche, etc... Donc :

1° Des signes directs, les rigidités et rétractions segmentaires, les niches ont une expression radiologique qui n'est pas l'apanage exclusif des ulcères : tantôt ces représentations n'ont rien de commun avec une lésion ulcéreuse (c'est le fait par exemple d'un diverticule congénital), tantôt ces anomalies sont des signes indirects de l'ulcère, ainsi en est-il souvent des diverticules présténosants ;

2° La recherche des signes directs est délicate, car il y a des apparences trompeuses qui risquent de faire prendre des aspects normaux pour des états pathologiques ou des images anormales pour ce qu'elles ne sont pas.

Les signes directs les mieux observés n'ont pas une valeur pathognomonique absolue.

Que dire alors des signes indirects, des parakinésies, des anomalies d'évacuation et de sécrétion qui ne sont que des épiphénomènes. Régies par des causes générales, nerveuses, toxiques, par des causes abdominales extra-péritonéales (la colique néphrétique) ou intrapéritonéales mais distantes de l'estomac (l'appendicite, la cholécystite), elles n'ont pas en soi une grande valeur directive dans la voie du diagnostic : ce sont des symptômes, ce ne sont pas des signes. Même remarque sur les déformations. Les néoplasies, les inflammations à point de départ extragastrique simulent les périgastrites des ulcus. Les dilatations segmentaires de la petite tubérosité et du duodénum se développent en amont des sténoses mieux encore que sur les estomacs non sténosés des porteurs d'ulcus.

En somme, si la physionomie radiologique de l'ulcère gastrique est parfois si frappante qu'elle se reconnaît sans erreur possible, c'est parce qu'elle est richement composée : c'est un complexus dans lequel la valeur des éléments composants découle du groupement des signes. Mais l'ulcère ainsi représenté est une grande rareté; aussi le diagnostic radiologique des ulcères à symptomatologie réduite et à expression faite uniquement de signes indirects est-il spécieux. *Baser, sans appui clinique, une hypothèse d'ulcère uniquement sur des signes radiologiques indirects, c'est établir une certaine probabilité d'ulcus et rien de plus.* J. Dumont.

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR (Paris)

G. Sanarelli et G. Pergher (de Rome). ***Pathogénie des spirochétoses ictérogènes*** (Premier mémoire) : ***spirochétoses et microbes de sortie*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, tome XLIII, n° 1, Janvier 1929). — Frappés par le nombre des cas d'ictère où les observateurs ont trouvé dans le sang des paratyphiques ou des colibacilles et d'autre part par les discussions et les faits contradictoires auxquels a donné lieu ces dernières années l'étiologie de la fièvre jaune ou typhus amaryl, S. et P. ont fait une étude expérimentale chez le cobaye et le jeune lapin de l'infestation par le Leptospira icteroides découvert naguère par Noguchi et donné par lui comme agent pathogène de la fièvre jaune.

Les jeunes cobayes et lapins parasités avec le Leptopsira icteroides présentent des paroxysmes fébriles d'intensité variable, mais en général, les spirochètes peuvent se multiplier dans le sang et dans les organes sans entraver le développement régulier de l'animal ni altérer son état général. Chez le jeune chien il n'y a pas même de réaction fébrile.

Toutes les fois que après un cycle fébrile la mort est survenue, S. et P. n'ont pas trouvé dans le sang et dans les organes les spirochètes, mais au contraire de nombreux microbes qu'ils considèrent comme des microbes de sortie.

Ils considèrent que l'irruption des microbes de sortie dans les spirochètoses est favorisée par l'insuffisance du foie qui résulte d'une accumulation énorme de spirochètes dans cet organe où ils provoquent des altérations anatomiques et fonctionnelles de la cellule hépatique.

Cette notion confirme le rôle défensif du foie dans les infections microbiennes.

Robert Clément.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

J. Paviot et P. Lagèze (Lyon). ***Considérations cliniques générales sur les cellulalgies nodulaires et infiltrées*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. X, n° 217, 20 Janvier 1929). — L'étude historique de la cellulalgie nodulaire montre qu'il s'agit de lésions bien décrites depuis longtemps. Dès le début du XIXe siècle, les auteurs anglais en font la cause du rhumatisme chronique et du rhumatisme musculaire : W. Balfour (1816), Scudamore (1827) la nomment « nodosité rhumatismale ». Depuis eux, de très nombreux travaux ont cherché à fixer son rôle pathologique : J. Teissier, Stapfer et Wetterwald, Stockmann, Alquier, Hanriot, M. Favre, H. Forestier, J. Paviot.

Il s'agit de lésions très fréquentes, quand on est arrivé à les reconnaître sous leurs divers aspects qui se traduisent cliniquement par deux ordres de symptômes : les douleurs qu'elles provoquent, les modifications dans la consistance du tissu conjonctif sous-cutané, aponévrotique et des masses musculaires. Des nodules, traînées ou placards, perceptibles au doigt, apparaissent en différents points dont quelques-uns sont plus particulièrement fréquents.

Ces points d'élection sont : au voisinage de l'interligne sacro-iliaque, dans la fosse iliaque externe, sous le bord supérieur de la crête iliaque, au cou entre le sterno-cléido-mastoïdien et le trapèze, dans les muscles temporaux, dans les fosses sus-épineuses, les muscles des gouttières vertébrales et la masse sacro-lombaire. Au membre supérieur, c'est la région du V deltoïdien ; au membre inférieur, l'aponévrose du *fascia lata* qu'il faut explorer de bas en haut, en « couture de pantalon ».

La palpation méthodique de ces zones d'élection doit être faite systématiquement chez tout malade présentant des algies paraissant essentielles, accusant par ailleurs des migraines, de l'urticaire, des crises d'asthme ou autre manifestation d'hépatisme.

C'est, en effet, à l'insuffisance de la fonction protéopexique du foie que s'apparente le plus souvent la cellulalgie nodulaire. C'est ainsi qu'il est habituel de l'observer à l'hôpital chez des alcooliques avérés, chez d'anciens dysentériques ou paludéens, chez des malades ayant eu une suppuration prolongée. Leur fragilité humorale se traduit par des érythèmes et de petites hémorragies contusiformes; leurs accidents anaphylactoïdes, d'origine alimentaire, montrent qu'ils sont incapables de se défendre contre des albumines étrangères.

Enfin, le terrain tuberculeux est, à côté du terrain hépatique, le plus fréquemment rencontré dans les antécédents des cellulalgiques, mais tuberculose discrète, abortive, parfois guérie.

C'est à ces facteurs étiologiques que doit s'adresser la thérapeutique de la cellulalgie nodulaire. Si le terrain hépatique est décelable, si la cellulalgie relève d'un trouble fonctionnel du foie portant sur une mauvaise élaboration des protéiques et des graisses, il faut utiliser le choc peptonique en y associant l'adrénaline. On doit en même temps réduire au minimum l'élaboration des substances toxiques par le foie grâce à un régime alimentaire approprié, supprimant non seulement les graisses mais les albumines alimentaires du lait et des œufs

Contre l'état douloureux qui, souvent d'ailleurs, domine la scène clinique, il faut recourir aux mas-

sages, non pas à un pétrissage aveugle, mais qui sera uniquement dirigé sur les nodules, dans les régions qui sont douloureuses.

Bien des points restent à résoudre dans la pathogénie de ces cellulalgies. L'ensemble des observations cliniques montre qu'il existe un terrain commun à tous ces malades mais ne permet pas de remonter plus loin dans l'analyse et la genèse des lésions. De nombreuses biopsies ont pu montrer histologiquement les différents stades évolutifs du nodule cellulalgique. Peut-être la chimie pourra-t-elle donner la composition exacte de ces exsudats cellulitiques et le mécanisme de leur formation.

J. Dumont.

J. Paviot, J. F. Martin, J. Dechaume et P. Lagèze (Lyon). ***Sciatiques et cellulalgies*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome X, nº 217, 20 Janvier 1929). — Le syndrome douloureux dit « névralgie sciatique » est cliniquement d'une très grande fréquence, mais les cas dans lesquels une étiologie bien précise permet de dire « sciatique symptomatique » sont en somme assez rares. Nombreux sont les malades chez lesquels l'examen le plus complet et le plus minutieux ne révèle aucune cause pouvant réaliser au niveau des racines ou du tronc nerveux cette algie qu'on nommera alors « sciatique essentielle ».

Ce n'est que dans ces cas, où l'examen local est négatif, comme l'examen général, où rien ne peut expliquer la douleur, qu'il faut songer à rechercher méthodiquement dans le tissu cellulaire et dans le tissu conjonctif des muscles de voisinage les nodules ou infiltrats cellulalgiques qui peuvent être à l'origine du syndrome douloureux. Cette recherche n'offre pas seulement un intérêt pathogénique, elle permet d'instituer une thérapeutique efficace alors que les autres traitements n'apportent au malade qu'un soulagement passager.

C'est avec des symptômes assez voisins de ceux de la névralgie sciatique vraie que se présentent les malades atteints de fausse sciatique par cellulalgie : attitude, démarche, impotence fonctionnelle, siège de la douleur, tout semble imposer le diagnostic. Cependant la douleur est un peu différente : elle cesse au repos, ne présente jamais d'exacerbations spontanées, n'apparaît qu'au cours du jeu musculaire. En outre, elle est plus localisée à la fesse, on ne la fait jamais naître au niveau des branches terminales du sciatique. La réflectivité n'est pas modifiée, la sensibilité objective n'est pas troublée et, s'il existe fréquemment une hypotonie des muscles fessiers, elle ne doit pas être considérée comme de l'atrophie musculaire.

Si, poursuivant méthodiquement l'examen, on palpe la fesse, la région sacro-iliaque, le fascia lata, on y trouve des nodules cellulalgiques en noyaux de dattes ou plus franchement arrondis, des infiltrats de même nature en cordons ou en placards qui semblent blinder le tissu cellulaire. Les uns, assez mous, crépitent sous le doigt; d'autres, plus anciens, sont franchement indurés. Ils sont en général assez nettement douloureux quand le doigt les écrase.

Ces nodules cellulalgiques ne siègent pas uniquement dans la région fessière ou dans le membre douloureux : on en trouve du côté opposé, dans les gouttières vertébrales, dans les muscles de la nuque, aux membres supérieurs.

La recherche des points de Valleix montre que, s'ils existent aux sièges d'élection, on trouve d'autres points douloureux identiques en dehors du trajet et du territoire du sciatique, dans le domaine du crural, de l'obturateur, du nerf petit sciatique, nerf cutané postérieur de la cuisse.

Il ne s'agit donc pas de névralgie sciatique vraie, mais de fausse sciatique dans laquelle la douleur est due à l'étirement, la compression ou l'envahissement fibreux des rameaux nerveux sensitifs superficiels par les nodules cellulalgiques.

Cette conception de la cellulalgie n'est pas nouvelle : on a décrit depuis longtemps les névralgies diverses que cause la cellulite, mais sans en apporter la preuve anatomique. Plus d'une dizaine de biopsies de nodules douloureux ont été pratiquées chez des malades de la clinique médicale du prof. Paviot à l'Hôtel-Dieu de Lyon : elles ont montré l'évolution histologique de la cellulagie à ses différents stades.

Enfin, chez ces malades, le traitement local, le massage des infiltrats douloureux, aboutit rapidement à une diminution très sensible du volume des nodules en même temps que l'impotence douloureuse disparaît.

Reposant ainsi sur des faits histologiques précis et sur des résultats thérapeutiques, la cellulalgie nodulaire doit prendre place dans le démembrement du groupe des sciatiques dites « essentielles ».

En dehors de ces fausses sciatiques, où le nerf n'est pas intéressé, la cellulalgie est susceptible encore de produire des névralgies sciatiques vraies correspondant à différents types :

1º Sciatiques du type « funiculite » de Sicard et Forestier, par localisation du processus pathologique ou tissu cellulo-adipeux du trou de conjugaison ;

2º Sciatiques tronculaires par localisation des infiltrats cellulalgiques dans le tissu conjonctif périnerveux ou les cloisons interfasciculaires ;

3º Enfin, les branches terminales du nerf sciatique peuvent être englobées dans les nodosités du tissu cellulaire sous-cutané : algies par compression des rameaux terminaux dans l'exsudat cellulalgique.

J. Dumont.

J. Paviot et P. Lagèze. ***Considérations cliniques générales sur les cellulalgies nodulaires et infiltrées*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome X, nº 217, 20 Janvier 1929). — P. et L. complètent l'historique du syndrome « cellulalgie ». Ils le considèrent comme relevant d'infiltration de déchets humoraux dans le tissu conjonctif de certaines régions de prédilection.

La douleur est le signe fonctionnel le plus constant et à la palpation on constate un changement de consistance du tissu conjonctif, sous forme de nodules, de traînées ou de placards.

Le tissu conjonctif sous-cutané ou périaponévrotique ou périarticulaire ou des gaines est le siège de prédilection. Les muscles qui travaillent le plus sont aussi fréquemment le siège de ces cellulalgies.

On les rencontre surtout dans la région sacro-iliaque, la nuque, le cuir chevelu et elles peuvent simuler la sciatique, le torticolis, le lumbago, les douleurs rhumatismales juxta-articulaires des épaules, de la nuque, etc.

L'insuffisance hépatique constitue le terrain favorable au syndrome des cellulalgies nodulaires. Elle peut être le résultat d'une intoxication prolongée mais il faut noter aussi l'action humorale, à retentissement lointain, des suppurations prolongées, l'influence du terrain tuberculeux et aussi « les effets fluxionnaires des toxiques humoraux qui sont à la base de ces exsudats cellulalgiques ».

Le traitement consiste à mettre le foie au repos par un régime sévère, à essayer un choc par peptonothérapie ou à rendre leur stabilité aux humeurs. Le pétrissage, les malaxations par professionnels qualifiés et instruits selon la méthode de Stockmann donnent des résultats intéressants.

Robert Clément.

J. Paviot, Joseph-F. Martin, J. Dechaume et P. Lagèze. ***Sciatiques et cellulalgies*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome X, nº 218, 5 Février 1929). — Du groupe des sciatiques dites « essentielles », il faut distraire les « fausses sciatiques par cellulalgie ».

Le diagnostic se base sur l'absence des signes de Valleix et de Lasègue, sur l'existence de nodosités ou de placards douloureux dans le tissu cellulaire de la région fessière et aussi aux autres lieux d'élection de la cellulalgie.

D'autre part, certaines sciatiques vraies peuvent probablement être réalisées par des lésions analogues du tissu cellulaire du trou de conjugaison ou de l'endopérinèvre.

A l'intérêt doctrinal s'ajoute l'intérêt thérapeutique dans l'établissement de ce diagnostic. Car cette notion étiologique permet d'instituer un traitement efficace par kinésithérapie et médication générale alors que les traitements usuels de la sciatique auront échoué.

Robert Clément.

Ch. Roubier. ***Hémoptysies tuberculeuses et pneumothorax artificiel*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome X, nº 218, 5 Février 1929). — Le pneumothorax artificiel institué d'urgence en cas d'hémoptysies abondantes et rebelles donne parfois de bons résultats si le collapsus peut être réalisé rapidement et complètement. Il est des cas où il reste impuissant à arrêter une hémorragie importante.

Le pneumothorax est indiqué dans les formes congestives de la tuberculose, il prévient le retour de nouvelles hémoptysies. Il agit non seulement sur les hémoptysies, mais sur les lésions tuberculeuses elles-mêmes, ce sont souvent de bonnes formes en raison de leur bénignité relative.

Dans d'autres cas le pneumothorax est susceptible d'entretenir ou de provoquer les hémoptysies. Lorsque le pneumothorax n'est que partiel, les hémorragies sont la conséquence de la stase au niveau de territoires pulmonaires mal comprimés.

Des hémoptysies mortelles peuvent aussi prendre naissance dans des poumons depuis longtemps collabés, car, si le pneumothorax agit favorablement sur les hémoptysies congestives ou inflammatoires, il est par contre sans action manifeste sur les hémoptysies ulcératives dues à des ruptures vasculaires dans des cavernes difficilement compressibles.

Robert Clément.

Rollet et Paufique (Lyon). ***Les tumeurs du nerf optique*** (*Journal de Médecine de Lyon*, an. X, nº 221, 20 Mars 1929). — Il semble nécessaire aujourd'hui de procéder à une révision de nos idées sur les tumeurs du nerf optique, ainsi qu'il a été fait pendant ces dernières années pour les tumeurs de l'encéphale et de la moelle.

Considérées pendant très longtemps par les classiques comme des tumeurs conjonctives, par quelques auteurs comme des tumeurs d'origine névroglique, on sait actuellement, depuis les travaux de Masson et d'Oberling, qu'elles dérivent d'une souche embryologique commune et qu'elles sont toutes d'origine neuro-ectodermique. On peut décrire : 1º des *chitoneuromes* ou méningoblastomes optiques, tumeurs des gaines méningées du nerf, avec leurs différentes modalités évolutives, pseudo-sarcomateuse, pseudo-gliomateuse, pseudo-épithéliomateuse; 2º des *gliomes* du nerf optique, tumeurs développées sur le nerf lui-même, beaucoup moins fréquentes et en tous points semblables aux gliomes encéphaliques.

Dans quelques cas très rares, on peut être en présence de tumeurs qui ne rentrent pas dans des cadres absolument précis : ces faits correspondent à une malformation congénitale ou à certaines néoformations que l'on peut décrire comme une gliose inflammatoire ou traumatique.

L'évolution clinique est toujours très lente : ce sont des tumeurs bénignes qui n'envahissent pas l'orbite et le globe oculaire. Leur seul caractère de gravité est l'extension possible, dans quelques cas, vers la cavité cranienne.

Les méthodes de traitement de ces tumeurs ont été très discutées. Il faut rejeter l'énucléation ou l'exentération de l'orbite, les méthodes de Knapp, Lagrange (voie transconjonctivale), de Krönlein (résection temporaire de la paroi osseuse externe de l'orbite). Le traitement chirurgical doit tendre à respecter au maximum l'œil et les parois obitaires, au cours de l'ablation du néoplasme. Ces conditions sont réunies dans la technique préconisée par R. et P. : l'orbitotomie sous- et intra-aponévrotique, qui représente une voie d'accès beaucoup plus simple et plus conforme aux données de l'anatomie chirurgicale. Cette méthode permet d'explorer l'orbite sans toucher aux culs-de-sac conjonctivaux, source d'hémorragies abondantes, sans léser délibérément ni filets nerveux, ni vaisseaux, ni muscles, sans effondrer dangereusement la paroi osseuse externe.

De la capsule de Tenon qui ferme en avant la cavité orbitaire part une aponévrose qui entoure complètement jusqu'au sommet de l'orbite le cône musculaire et son contenu. Si, après incision des parties molles au pourtour de l'orbite, en dedans ou en dehors, suivant le siège de la tumeur, on détache les insertions de la capsule de Tenon sur les parois de

l'orbite, on arrive dans un espace compris entre le périoste en dehors, et l'aponévrose périviscérale orbitaire en dedans, véritable espace décollable, dans lequel le doigt peut s'engager profondément. Lorsqu'il s'agit simplement d'explorer le contenu de l'orbite, on peut s'en tenir là et pratiquer ainsi une orbitotomie exploratrice sous-aponévrotique, qui permet de se rendre parfaitement compte du siège, de l'étendue, de la propagation d'une tumeur. Lorsqu'on a repéré une tumeur du nerf optique, l'orbitotomie devient intra-aponévrotique. Il suffit d'effondrer avec le doigt, dans un interstice musculaire, l'aponévrose orbitaire. Parvenu ainsi dans l'entonnoir musculaire, on dégage avec précaution la tumeur et le nerf optique, qu'il est ensuite facile de sectionner avec des ciseaux mousses, au sommet de l'orbite et derrière le globe oculaire.

A. Colrat (Lyon). ***La tension artérielle rétinienne et son intérêt clinique*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, an. X, nº 221, 20 Mars 1929). — La recherche de la tension artérielle rétinienne n'est entrée que récemment dans la pratique courante. Le premier appareil est celui de Henderson, actuellement abandonné. C'est à Bailliart que revient le mérite d'avoir créé l'instrumentation et mis au point la technique.

La pression artérielle rétinienne représente environ la moitié de la tension humérale. Lorsque cette dernière s'élève, la pression rétinienne monte également, mais leurs rapports réciproques ne sont plus aussi précis. Il est des cas où, la pression générale restant normale, la tension rétinienne s'élève : on peut alors parler d'hypertension rétinienne solitaire. C'est surtout dans les syndromes d'hypertension intracranienne que s'observe ce fait, de façon précoce et avant l'apparition de la stase. Lorsque celle-ci s'établit, la tension artérielle rétinienne peut rester élevée ou, plus souvent, revient à la normale.

On trouve là un moyen précieux de diagnostic qui ne dispense pas de la ponction lombaire, mais en pose au contraire l'indication.

L'étude de la tension artérielle rétinienne dans certaines névrites rétrobulbaires permet d'en comprendre la pathogénie en montrant son exagération dans la période des troubles visuels, vraisemblablement par spasme vasculaire, et son retour à la normale au moment de la guérison.

Ce nouveau mode d'exploration de la circulation oculaire, déjà largement utilisé, mérite de l'être plus encore, étant donné l'intérêt des renseignements qu'il fournit.

Rosnoblet (Lyon). ***Paralysies de l'accommodation au cours de l'allaitement*** (*Journal de Médecine de Lyon*, tome X, nº 221, 20 Mars 1929). — Au cours de l'allaitement maternel, il peut survenir exceptionnellement des troubles du côté de l'accommodation et de la pupille.

L'examen de quelques faits montre que ces phénomènes surviennent chez des femmes qui absorbent du *galactogil*. Chez certains sujets hypersensibles, il semble que l'extrait de galega, qui entre dans la composition chimique du galactogil, provoque ce déficit pupillo-accommodatif.

La rareté et la bénignité de ces troubles, dont la guérison est rapide et complète, ne doivent être, en aucun cas, une contre-indication à l'emploi d'ailleurs largement diffusé de ce produit utile dans l'allaitement maternel.

Rollet. ***Les troubles oculaires dans les intoxications par la quinine*** (*Journal de Médecine de Lyon*, tome X, nº 221, 20 Mars 1929). — Les accidents oculaires par intoxication quininique constituent une entité morbide des plus intéressantes.

Peu d'empoisonnements comportent une amaurose aussi brusque et aussi complète. Celle-ci cesse d'ailleurs rapidement, mais, tandis que la vision centrale se rétablit, il persiste un rétrécissement périphérique du champ visuel. Avec ce dernier symptôme, on constate de la mydriase, de la pâleur papillaire, du rétrécissement des vaisseaux rétiniens. A ces quatre symptômes, véritable tétrade de l'intoxication quininique, dont rarement manque un des éléments, peuvent se surajouter d'autres signes moins importants : altérations du sens chromatique, trouble de la sensibilité ou de la motilité, héméralopie. L'évolution est favorable, la cécité par atrophie est exceptionnelle. Diagnostic généralement facile, par la notion des conditions étiologiques et par les constatations des caractères cliniques. A une période tardive, il conviendrait d'éliminer les diverses causes d'atrophie optique : syphilis, alcoolisme. Pour le paludisme, la question est parfois délicate ; les complications neuro-rétiniennes de la malaria sont d'ailleurs exceptionnelles.

Ces accidents surviennent dans des conditions étiologiques très différentes : thérapeutique mal supportée ou mal surveillée, erreur avec un autre médicament, tentative de suicide ou d'avortement. Les quantités incriminées sont très variables : de 0,50 centigr. à 30 gr. et plus. Au-dessous de 2 gr., les accidents graves sont exceptionnels. Même avec de fortes doses (20 à 30 gr.), il peut n'y avoir que des troubles insignifiants. Cette variabilité d'action ne permet pas de se rendre compte de façon exacte de l'influence possible de certains facteurs (nature du sel, mode d'administration, âge ou sexe du sujet, etc.).

Deux grandes théories pathogéniques s'affrontent pour expliquer l'amaurose : l'une incrimine une action toxique élective sur les cellules ganglionnaires de la rétine ; l'autre, un arrêt de nutrition de la rétine consécutif à l'ischémie produite par l'action directe du médicament sur les parois des vaisseaux ; l'amaurose quininique, dans ce cas, rentrerait dans le cadre des atrophies optiques par spasme de l'artère centrale. Malgré de nombreux arguments apportés pour ou contre chacune de ces théories, il semble, à l'heure actuelle, qu'aucune ne puisse tout expliquer et qu'il faille admettre une théorie mixte. En effet, si expérimentalement les altérations des cellules ganglionnaires de la rétine sont constantes et très précoces, il paraît logique de faire jouer un rôle important aux modifications circulatoires si fréquemment constatées à l'ophtalmoscope.

Parmi les nombreuses méthodes de traitement proposées, celles cherchant à provoquer de la vasodilatation paraissent les meilleures, en particulier l'atropine en injection rétro-bulbaire.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(*Bâle*)

G. A. Rost. ***Eczématoïde exsudatif tardif et son traitement par la chambre sans allergène*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LVIII, nº 43, 27 Octobre 1928). — Les états pathologiques considérés par R. sont caractérisés par une éosinophilie atteignant jusqu'à 25 pour 100, par une diminution du pouvoir de fixation du sang pour l'acide salicylique, par une sensibilité nette aux extraits de pellicules humaines, par un dermographisme blanc sur les parties malades. Dans l'anamnèse on retrouve la diathèse exsudative (croûte de lait), de sorte que ces états sont de beaucoup les plus fréquents au cours des cinq premières années. Ils se font plus rares ensuite pour reprendre à la puberté, c'est-à-dire entre 18 et 23 ans. Il s'agit donc là en somme d'une diathèse exsudative tardive. Chez les malades qui en sont atteints on observe l'asthme (30 pour 100), la fièvre des foins (6 pour 100). Ces affections se retrouvent chez leurs parents dans des proportions analogues.

Chez ces malades la chambre sans allergène telle que Storm Van Leeuwen l'a imaginée donne des résultats satisfaisants, parfois même la guérison, dans le 70 pour 100 des cas. P.-E. Morhardt.

A. P. Godinho. ***Le bicarbonate de soude dans quelques dermatoses prurigineuses et plus particulièrement dans l'urticaire*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LVIII, nº 43, 27 Octobre 1928). — A l'exemple de quelques auteurs français ou étrangers : Dinkin, Pasteur Vallery-Radot, etc., G. a essayé le bicarbonate dans une série d'affections prurigineuses. Dans un cas d'urticaire chronique durant depuis deux ans les résultats ont été remarquables. Dans un autre cas d'urticaire géante durant depuis quatre mois et dans un cas d'érythème exsudatif bulleux, la disparition de l'éruption fut complète en un jour après administration du médicament. Dans d'autres cas d'eczéma et de prurit séniles, les résultats ont été également satisfaisants. Le médicament est généralement donné à la dose d'une cuillère à café trois fois par jour. Sous cette forme il donne assez souvent lieu à des sensations de nausées ou à des vomissements. Il ne peut donc pas être supporté très longtemps. C'est pourquoi G. remplace ce mode d'administration par l'injection intraveineuse à des doses variant de 1 à 20 cmc d'une solution à 3 p. 100. Les résultats sont ainsi plus réguliers qu'après l'administration orale.

P.-E. Morhardt.

W. Brack. ***Les troubles des fonctions autonomes, leur signification et leur traitement*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LVIII, nº 43, 27 Octobre 1928). — L'hémoclasie alimentaire, lorsqu'elle est déclenchée simplement par une tasse de lait, montre que le système autonome est fonctionnellement déréglé. C'est ce que B. constate par l'étude de cas de prurigo, prurit post-scabieux, urticaire, etc. Chez ces malades qui sont au nombre d'une centaine, il a procédé à 150 examens du sang qui lui ont montré que la réaction consécutive à l'ingestion de 200 cmc de lait peut être normale, simplement exagérée ou déviée soit du côté sympathique, soit du côté parasympathique. Cette réaction est normale lorsqu'il ne se produit pas d'autre modification qu'une augmentation des leucocytes. Elle est exagérée quand, en outre, K et Ca diminuent ou augmentent sans modification sensible du rapport K/Ca. Les malades chez lesquels on retrouve des modifications de ce genre sont favorablement influencés par une cure d'un dérivé de l'acide barbiturique (Dial) qui rend la réaction normale par une action non pas seulement palliative mais bien curatrice. Le brome agit également bien. Au contraire l'atropine et l'ergotamine n'agissent pas ou font du mal.

Les réactions sympathicotoniques ont été étudiées par B. spécialement chez deux malades qui présentaient un semis de nodules cutanés avec des foyers de lichénification du prurit. Chez ces malades le rapport K/Ca était augmenté fortement chez l'une et à un moindre degré chez l'autre, après ingestion de lait. Chez toutes deux l'ergotamine abaissait ce rapport ou l'empêchait de s'élever. Chez l'une de ces malades l'ergotamine sous forme de gynergène a fait disparaître le prurit. Les recherches de R. Hamet sur la yohimbine ont amené B. à utiliser également cette substance dont l'action inhibante du sympathique est parallèle à celle de l'ergotamine.

La yohimbine a eu effectivement un effet favorable sur cette malade. Les meilleurs résultats cependant paraissent avoir été obtenus en associant un dérivé de la yohimbine à un dérivé de l'acide barbiturique. La pilocarpine qui n'inhibe pas le sympathique mais excite le parasympathique n'a pas une action favorable et, dans tous les cas, il est nécessaire d'associer à la médication la suppression des excitants comme l'alcool et le café, les soucis, les fatigues excessives, etc.

Les réactions parasympathicotoniques sont caractérisées également par une modification du rapport K/Ca et surtout par le fait que les drogues du groupe de l'ergotamine aggravent tandis que l'atropine améliore le prurit et les papules. B. a ainsi associé à un quart de milligramme d'atropine une à trois fois par jour un dérivé de l'acide barbiturique.

Il n'est donc pas toujours nécessaire de procéder à une analyse du sang pour déterminer le mode de réaction du malade. Le diagnostic *ex juvantibus* peut être utilisé au moins dans les cas légers. En outre l'hyperhidrose parle en faveur d'une réaction parasympathicotonique, tandis qu'une peau sèche se retrouve surtout chez les sympathicotoniques.

P.-E. Morhardt.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

Winkler. ***De l'apparition des râles pendant l'apnée qui suit une secousse de toux*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLI, n° 45, 8 Novembre 1928). — Ce phénomène décrit par l'auteur avec Sattler se réalise sous trois conditions :

1° L'utilisation d'une technique d'auscultation spéciale;

2° Des conditions anatomiques particulières à la caverne auscultée;

3° L'absence de tout bruit adventice dans le parenchyme avoisinant.

Il faut, en premier lieu, obtenir du malade qu'il respire bouche demi-ouverte, vite et profondément. Il tousse au commandement de façon brève et courte, puis ferme la bouche et s'arrête de respirer. C'est pendant cette courte phase d'apnée qu'il est possible d'entendre des râles. Pour que l'apnée soit totale, il convient de pincer le nez du malade pendant cette recherche.

Sous l'écran on observe au début de la secousse de toux une contraction des parois de la caverne, que suit bientôt, à la fin de la secousse, un relâchement de ces parois. Il y a donc, au cours de la secousse de toux, une modification volumétrique qui correspond à des changements de pression de l'air qui remplit la caverne. Il y aurait donc, au début de la secousse de toux, une expiration, et à la fin de cette secousse une inspiration.

Alors que le premier phénomène, couvert par le bruit de la toux, reste muet, le second au contraire, survenant dans le silence de l'apnée exigée du malade, peut donner lieu à un conflit hydro-aérique, pour peu que la caverne soit pleine.

Ceci est d'importance dans le cas de caverne muette à l'auscultation habituelle. Il s'agit d'un phénomène retrouvé de façon constante s'il a été trouvé une première fois. G. Basch.

Schürer. ***Irradiation de la rate et appareil réticulo-endothélial*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLI, n° 46, 15 Novembre 1928). — A la suite des travaux de Denk (1927) relatant les résultats de l'irradiation de la rate dans la thérapeutique des maladies générales, S. a cherché à établir les bases expérimentales et cliniques des résultats obtenus. L'importance de l'appareil réticulo-endothélial, son unité fonctionnelle, l'origine commune mésodermique des tissus qu'il forme sont connues de longue date, depuis les travaux de Ranvier, de Metchnikoff, de Aschoff et Landau.

Le rôle des cellules migratrices qui se chargent de colorant, qui phagocytent les corps étrangers, qui se rassemblent aux lieux de l'infection et y sécrètent des anticorps a été décrit par ces auteurs.

Cependant, l'action physico-chimique de ces cellules peut se trouver paralysée lorsque prédomine l'agent pathogène, soit par son nombre, soit par ses toxines. Dans ces cas, il se produit une véritable activation de l'appareil réticulo-endothélial tout entier, avec reviviscence des cellules fixes qui acquièrent une activité physico-chimique momentanée. Il serait souhaitable de rendre cette transformation plus rapide et plus généralisée à l'aide de différents procédés.

La rate peut jouer, à ce point de vue, un rôle primordial en exacerbant les défenses de l'organisme, d'où la technique qui consiste à l'exciter, à l'aide de faibles irradiations. On apprécie le pouvoir fixateur de l'appareil réticulo-endothélial en injectant 2 cmc d'une solution à 1 pour 100 de rouge congo dans une veine de l'oreille et en prélevant 4 minutes, puis 60 minutes après, une quantité de sang où on cherchera à caractériser le colorant. Sur un cobaye de 2.600 gr. on retrouve après 4 minutes 82 pour 100 du colorant et 1 heure après 14 pour 100 seulement.

Des cobayes de même poids, soumis à une irradiation splénique faible et brève, sont injectés de la même manière et leur sérum est examiné 2 heures, 4 heures, 8 heures, etc... après l'irradiation. On constate que cette irradiation donne lieu chez l'animal d'expérience à un blocage du système réticulo-endothélial qui dure environ 4 heures. Par contre, 6 heures après l'irradiation, le pouvoir de fixation du système est amélioré et atteint son maximum au bout de 8 heures, pour redevenir normal 48 heures après. Quant au pouvoir phagocytaire il n'atteint son maximum que 48 heures après l'irradiation. Ces résultats ont été contrôlés par l'examen histologique des organes. G. Basch.

Wagner-Jauregg. ***Quelques remarques sur la malariathérapie*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLII, n° 1, 3 Janvier 1929). — Le paludisme d'inoculation se comporte de façon particulière, les malades ne présentant presque jamais de fièvre tierce typique, mais présentant des accès soit mixtes : tierces et quotidiens, soit uniquement quotidiens. Ceci n'est pas spécial au mode même d'inoculation puisque les mêmes phénomènes ont été notés en Angleterre par James qui faisait piquer les paralytiques par des anophèles; et d'autre part, W.-J. a noté souvent qu'alors que le donneur avait une tierce des plus nettes, le receveur présentait des accès quotidiens. Il semble que ces modifications tiennent au terrain : Stumpfe trouve chez 744 paralytiques 7 pour 100 de fièvre tierce. Chez d'autres malades, au contraire (tabes, syphilis secondaire, etc.), de 23 à 40 pour 100 de fièvre tierce. Il y a donc dans l'organisme humain des influences qui peuvent soit exciter, soit freiner le développement des plasmodes. Certains auteurs ont recherché le rapport entre ces variations et le groupe sanguin, et ont noté que dans le cas d'incompatibilité des sangs du donneur et du receveur, l'inoculation échouait ou donnait lieu à des accès quotidiens. W. a montré que le mode d'inoculation avait son importance : l'injection intraveineuse donne le plus grand chiffre de fièvres quotidiennes, l'injection intradermique, le plus grand nombre de fièvres tierces. Il y a donc des résultats pratiques à tirer de ces observations en tenant compte du groupe sanguin du donneur. G. Basch.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

Adolphe Hecht. ***Etude des tests cutanés*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, n° 49, 1er Décembre 1928). — C'est en 1873 que Blackley a montré qu'au cours du rhume des foins on obtenait un érythème localisé par onction de pollen au niveau d'une scarification.

Puis vint, en 1907, la découverte de la cutiréaction à la tuberculine par von Pirquet. Mais, en outre, un grand nombre d'excitations mécaniques, thermiques, actiniques, chimiques, etc., se traduisent au niveau de la peau par des réponses différentes : vaso-dilatation ou constriction, formation d'une papule, horripilation ou sudation.

La réponse à l'excitation n'est pas toujours proportionnelle à l'intensité de celle-ci; il est possible de déclencher un érythème intense par une simple piqûre d'aiguille; le dermographisme est un exemple de l'excitation mécanique de la peau, mais sa signification n'est pas éclaircie, il survient chez les sujets à système vaso-moteur instable, présentant des palpitations, du refroidissement des extrémités, des migraines, etc... Au contraire, on observe une diminution de l'excitabilité mécanique de la peau chez les malades atteints de myxœdème, de diabète insipide, d'ichtyose, au cours des cachexies, des œdèmes, des cyanoses. Il serait intéressant de suivre les modifications de cette excitabilité sous l'influence du traitement thyroïdien, chez un myxœdémateux, par exemple.

Hajen a mesuré la pression tissulaire du derme en étudiant la résistance qu'il offre à l'injection d'une solution saline à 1 pour 100 : l'hyperémie, la chaleur abaissent la pression tissulaire, alors que l'anémie l'élève. On a cherché de même à mesurer l'excitabilité électrique de la peau, ainsi que son excitabilité chimique sous l'influence de vaso-dilatateurs ou de vaso-constricteurs. H. a montré que la susceptibilité cutanée était diminuée à la morphine chez les morphinomanes, ce qui peut avoir, dans certains cas, un intérêt diagnostique.

Le temps de résorption de la boule d'œdème, provoquée par l'injection intradermique d'une solution saline normale, constitue une épreuve intéressante puisqu'il est diminué chez les sujets présentant de l'œdème ou du pré-œdème. C'est l'épreuve de Mac Clure et Aldrich.

Il y a lieu, enfin, de rappeler les épreuves à la tuberculine, soit par scarification, soit par voie intradermique, la réaction de Schick, la réaction de Dick au streptocoque, à la toxine du bacille de Shiga, etc...

On pratique également une réaction à la « luetine » par injection intradermique de cultures pures de spirochètes, qui peut être d'un intérêt diagnostique.

On connaît, enfin, l'intérêt de la réaction d'extinction de Schultz et Charlton. G. Basch.

MÜNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Munich)

Ernst Friedrich et William F. Petersen. ***Prédisposition aux maladies et système nerveux végétatif*** (*Munchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXV, n° 50, 14 Décembre 1928). — La défense locale des tissus contre les infections par germes pathogènes parvenus dans l'économie est une propriété vitale de ces tissus et l'expression directe de leur énergie vitale, de la capacité d'adaptation des éléments isolés.

Or ces éléments sont soumis à des influences sans cesse variables, excitantes ou déprimantes, du fait du système nerveux végétatif. Les actions inhibantes exercent, parallèlement à la diminution d'irrigation sanguine (et peut-être, partiellement, du fait de celle-ci), une action préparante pathogène en restreignant ce pouvoir cellulaire d'adaptation.

De telles influences inhibantes peuvent se produire par exemple sur la peau ou sur la muqueuse rhinopharyngée lorsque pendant le frisson et la fièvre les échanges deviennent plus actifs dans l'abdomen. De même cette action néfaste se produit au niveau de la muqueuse intestinale quand l'activité tégumentaire s'accroît considérablement du fait de la température extérieure anormalement élevée déterminant un afflux de sang périphérique.

Le refroidissement brusque et inhabituel ainsi que les émotions désagréables brèves et persistantes exercent une influence sur le système nerveux végétatif qui détermine non seulement une vaso-constriction périphérique, mais, encore, diminue parallèlement la vitalité des éléments cellulaires et par conséquent enraye dans une certaine mesure le processus de défense tissulaire locale.

Ces influences augmentent donc la réceptivité aux infections et les favorisent alors qu'au contraire la chaleur, la stase, les émotions joyeuses constituent des appoints précieux à la guérison en fortifiant les moyens de lutte viscérale et locale. Ainsi dans tous les viscères ou tissus régis par le système nerveux végétatif, la diminution de vitalité cellulaire, avec vaso-constriction et perte aqueuse, correspond à une méiopragie cellulaire et entraîne une prédisposition pathologique. G. Dreyfus-Sée.

Arnold Brandeis. ***L'albuminurie orthostatique chez les sportifs*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXV, n° 50, 14 Décembre 1928). Il semblerait *a priori* que le sport dût être nocif à des individus chez qui le seul fait de passer de la position horizontale à la verticalité détermine un trouble se manifestant par de l'albuminurie.

Les observations encore peu nombreuses de B semblent prouver qu'il n'en est rien, du moins en ce qui concerne les albuminuriques orthostatiques purs sans autre sympôme de maladie constitutionnelle.

De tels sujets ont pu être même améliorés nettement par l'entraînement sportif qui doit par contre être interdit aux malades présentant une tare viscérale associée.

Il semble que la pratique du sport, sous surveillance médicale attentive et régulière, soit salutaire aux albuminuriques orthostatiques simples et puisse chez eux amener ou tout au moins favoriser la guérison définitive dans nombre de cas.

G. Dreyfus-Sée.

Baer, Herrmannsdorfer et Kausch. ***Résultats de la thérapeutique par le régime déchloruré dans la tuberculose pulmonaire*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVI, nº 1, 4 Janvier 1929 et nº 2, 11 Janvier 1929). — Les auteurs étudient les résultats obtenus chez divers groupes de malades atteints de bacillose pulmonaire à l'aide du régime déchloruré préconisé dès 1925 par Sauerbruch, Herrmannsdorfer et Gerson.

Sans entrer dans la discussion du mode d'action de cette thérapeutique, ils envisagent seulement les modifications cliniques et radiologiques obtenues par son application systématique chez de nombreux malades. Au cours de leurs observations ils se sont efforcés de ne tenir compte que de résultats nets et durables, afin d'éviter d'attribuer au traitement des modifications évolutives et passagères spontanées.

Leurs malades se répartissent en 4 groupes :

1º Tuberculose récente évolutive, exsudative, bilatérale avec retentissement général marqué;

2º Sclérose pulmonaire bilatérale avec poussée évolutive récente exsudative, fébrile;

3º Malades améliorés suffisamment par le régime pour qu'une intervention puisse être tentée;

4º Guérison achevée par le régime après une opération (phrénicectomie, thoracotomie, etc.).

En dehors de toute thérapeutique climatique, dans un pavillon situé au centre d'une grande ville, les succès obtenus paraissent bien devoir être rapportés à la cure diététique.

En particulier les auteurs insistent sur la fréquente transformation de formes exsudatives, graves, évolutives, en formes fibreuses de pronostic sensiblement meilleur.

C'est surtout chez des malades sérieusement atteints avec déficience de l'état général, diminution des moyens de défense que cette thérapeutique leur paraît justifiée.

L'amélioration ainsi obtenue serait très fréquemment assez considérable pour permettre rapidement l'institution du traitement chirurgical auquel on doit de nombreux succès.

Dans l'ensemble, se basant sur une expérience de 3 années poursuivie sur un grand nombre de malades, les auteurs croient pouvoir affirmer l'efficacité parfois surprenante de la cure déchlorurée dans toutes les formes de tuberculose pulmonaire.

G. Dreyfus-Sée.

Weygandt. ***Hérédité endocrine*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVI, nº 3, 18 Janvier 1929). — En dehors des lésions glandulaires nettement secondaires à des infections, intoxications ou néoformations, il existe de nombreux cas qui paraissent primitifs. L'étude systématique de plusieurs séries d'observations de syndromes hypophysaires et thyroïdiens montre la fréquence des cas familiaux et permet de songer à une véritable hérédité endocrinienne. Certaines anomalies psychiques dont le caractère héréditaire est bien connu pourraient peut-être se rattacher à des insuffisances glandulaires plus ou moins frustes transmises par les parents aux enfants.

Dans tous les cas, par conséquent, où une cause exogène évidente n'explique pas l'altération du système endocrinien, on devra rechercher soigneusement dans les antécédents familiaux l'existence d'un dysfonctionnement glandulaire susceptible d'être transmis héréditairement. G. Dreyfus-Sée.

F. von Bernuth. ***La prophylaxie de la coqueluche par le vaccin*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVI, nº 3, 18 Janvier 1929). — B. a employé dans un but prophylactique du vaccin préparé avec le bacille de Bordet-Gengou en quantité progressivement croissante.

Ses premiers essais pratiqués avec du vaccin contenant 2 à 20 millions de germes avaient été infructueux.

Par contre les nouvelles préparations employées, qui contenaient d'abord 20 à 40 millions puis 25 à 350 millions de bacilles par centimètre cube, ont paru plus efficaces.

A plusieurs reprises des épidémies débutant dans des collectivités ont été enrayées. Les échecs prophylactiques, d'ailleurs rares, concernent des sujets chez lesquels une cause pathologique ou physiologique empêchait l'immunisation (tuberculose, évolutive, nourrisson très jeune, etc.).

En 6 injections à doses rapidement croissantes une immunité transitoire a été obtenue dans presque tous les cas et même quelques résultats, d'interprétation plus difficile, ont été enregistrés dans la thérapeutique curative de la coqueluche déclarée.

G. Dreyfus-Sée.

A. Hase. ***Les réactions consécutives aux piqûres des insectes suceurs de sang*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVI, nº 3, 18 Janvier 1929). — H. a étudié les réactions individuelles présentées par des sujets de pays et de races différents aux diverses piqûres d'insectes suceurs de sang.

Suivant leur susceptibilité il répartit ainsi les individus en plusieurs groupes : les uns réagissant faiblement ou fortement par des phénomènes subjectifs ou objectifs locaux, les autres présentant une remarquable immunité. Il est à noter que ces sensibilités ne sont pas seulement spécifiques à un sujet, mais encore vis-à-vis d'un animal : une même personne pouvant être cruellement piquée par une puce et totalement rebelle à la piqûre du moustique par exemple. Sous deux climats différents une espèce animale identique peut avoir une virulence variable pour un même sujet.

H. établit ainsi une série de courbes, d'échelles de sensibilité et de virulence. En concluant il indique l'intérêt que pourrait avoir l'explication de ces phénomènes curieux, parfois paradoxaux, et dont la connaissance est utile en particulier dans la lutte contre certaines affections transmises par les insectes piqueurs. Il n'envisage cependant actuellement aucune hypothèse pathogénique satisfaisante.

G. Dreyfus-Sée.

A. Zimmer et W. Fehlow. ***Le traitement du syndrome basedowien par le sang animal*** (*Münchener mediziniche Wochenschrift*, tome LXXVI, nº 4, 25 Janvier 1929). — L'utilisation assez ancienne de sang animal en thérapeutique a été reprise par Bier qui montra qu'il ne s'agissait pas d'une médication de substitution comme on l'avait cru, mais d'une excitation qui pouvait être utile dans nombre d'affections. Le sang introduit est détruit et ses sous-produits exercent une action générale importante.

En particulier l'effet de cette technique chez les tuberculeux est intéressant et la rapide reprise de poids qui lui succède est un témoin de son efficacité.

Il était donc indiqué de l'essayer dans les syndromes basedowiens avec dénutrition et troubles intenses du métabolisme basal.

Les injections ont été faites intramusculaires en employant alternativement du sang frais défibriné de mouton et de bœuf afin d'éviter les réactions anaphylactiques.

Sans incidents, sauf de rares accidents sériques bénins et des poussées fébriles transitoires, 40 basedowiens ont été traités. On pratique deux injections de 5 cmc de sang de mouton, puis de bœuf à 8 jours d'intervalle. En général, la reprise rapide de poids succède rapidement à la 2e piqûre.

Sauf dans un cas grave qui aboutit à la mort, la plupart des malades furent très améliorés, cliniquement par cette thérapeutique au cours de laquelle aucun incident grave n'est survenu.

G. Dreyfus-Sée.

W. Schœnfeld. ***Le liquide céphalo-rachidien en dermatologie*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVI, nº 5, 1er Février 1929). — Par la simple ponction lombaire avec soustraction de 10 à 15 cmc de liquide céphalo-rachidien on peut obtenir une régression du prurit de certaines dermatoses telles que le lichen plan, certains prurigos, et quelques formes de prurit essentiel. Cette amélioration fonctionnelle durable ou passagère peut même s'accompagner de la disparition des lésions cutanées. Dans certains cas on a en outre observé une action nette sur une poussée pemphigoïde et sur l'évolution des bulles de la dermatite herpétiforme.

Dans quelques dermatoses le liquide céphalo-rachidien présentait des modifications qui ne peuvent encore être interprétées exactement et constituent, semble-t-il, encore des exceptions. On les retrouve cependant parfois au cours de la bacillose cutanée et des dermatoses bulleuses, en dehors même des zonas où elles sont très fréquentes. Si ces phénomènes paraissent accessoires et de peu de valeur en ce qui concerne la tuberculose de la peau, il n'en est pas de même lors des dermatoses bulleuses au cours desquelles les modifications céphalo-rachidiennes pourraient avoir un certain rapport avec la pathogénie.

Des recherches systématiques dans ce sens auraient donc un intérêt indiscutable.

G. Dreyfus-Sée.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

A. Rost. ***Glycémie et peau*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LV, nº 5, 1er Février 1929). — La détermination de la glycémie est un élément important de l'examen des sujets atteints de dermatoses qui doit compléter toutes les observations cliniques.

Les micro-méthodes de mesures, en particulier celles de Bang et Hagedorn-Jensen, se sont montrées pratiquement utilisables.

Cependant certaines règles sont indispensables à appliquer : le sang doit être prélevé à jeun, et il faut tenir compte des différences entre le sang capillaire et veineux. On devra donner les chiffres exacts ou établir la statistique des variations, le chiffre normal n'étant pas fixe, mais bien oscillant dans une certaine mesure entre 2 limites extrêmes. Il est possible d'ailleurs qu'il y ait un chiffre glycémique individuel, normalement variable d'un sujet à l'autre, ce qui rendrait souvent difficile l'interprétation des résultats de la glycémie chez les sujets atteints d'affections cutanées.

Les recherches de R. confirment les notions établies :

Il a noté une élévation glycémique nette chez les sujets avec intertrigo, fréquente chez les psoriasiques et les furonculeux. Par contre le sucre sanguin était sensiblement normal au cours de l'eczéma séborrhéique, de l'acné, de l'eczéma vrai.

L'importance de ces notions s'accroît du fait de l'efficacité de l'insulinothérapie dans les dermatoses hyperglycémiantes. G. Dreyfus-Sée.

Hans Guggenheimer et Irwin Fisher. ***Observations expérimentales et cliniques sur l'action vasodilatatrice de certains hypnotiques, en particulier des doses sédatives minimes de l'hydrate de chloral*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LV, nº 5, 1er Février 1929). — La méthode expérimentale de Gautier permet de constater chez l'animal vivant l'action vasodilatatrice d'une substance et son effet sur la tension artérielle.

Elle a été employée par G. et F. pour rechercher les modifications circulatoires succédant à l'administration de divers hypnotiques doux.

Alors que le véronal était inactif, une vaso-dilatation put être observée après le luminal, et avec de très petites doses d'hydrate de chloral même alors qu'aucune baisse de la pression sanguine n'était décelable.

L'absence d'action sur les coronaires lors de l'injection de ces médicaments dans les cœurs préparés artificiellement par les méthodes de Langendorff et de Starling fait admettre que le système nerveux central joue un rôle dans cette vaso-dilatation. De petites doses d'antipyrine ou de salicylate de soude ont un effet vaso-constricteur; l'avertine est vasodilatatrice, injectée à haute dose elle crée des lésions définitives.

En clinique on peut obtenir avec de faibles quan-

tités d'hydrate de chloral des effets thérapeutiques intéressants chez des sujets nerveux au système circulatoire instable.

Chez des malades hypertoniques la cure chloralée combinée avec de petites doses d'iodure et de bromure améliore nombre de manifestations telles que céphalée, palpitations, insomnies, vertiges. En même temps les symptômes psychiques fréquents chez ces malades sont diminués par la thérapeutique sédative qui régularise la circulation périphérique et diminue l'hypertension artérielle.

G. Dreyfus-Sée.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin)

Max H. Kuczynski. ***Recherches sur l'étiologie et la pathogenèse de la fièvre jaune*** (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, nº 2, 8 Janvier 1929). — Dans la seconde partie de ce mémoire, K. expose les résultats obtenus avec sa culture numéro 312 avec laquelle il a poursuivi un grand nombre de recherches. Avec cette culture il a pu notamment tuer des singes dont les humeurs se sont montrées capables de transmettre la maladie et d'immuniser contre une infection. Chez les animaux morts à la suite de l'inoculation avec cette culture on a observé une nécrose centrale du lobule hépatique tout à fait caractéristique. K. considère ces constatations comme la preuve que cette culture contient bien le virus de la fièvre jaune, virus qu'il propose d'appeler *B. hepatodystrophicans*. Il y a lieu cependant de noter, au sujet des cultures de ce genre, qu'elles sont très difficiles à réaliser et qu'elles n'ont pas toujours le même pouvoir infectieux ou immunisant.

Au point de vue de la pathogenèse de la fièvre jaune, K. ne croit pas qu'on puisse songer à une toxine à cause des effets marqués de la diététique sur la maladie, à cause du pronostic plus favorable chez les jeunes animaux et chez les jeunes gens et enfin à cause des rapports qui existent entre l'action toxique et l'intensité du processus infectieux. Quant à la lymphopénie, elle est le signe de modifications des processus fermentatifs au niveau du foie, en rapport avec des troubles profonds de la nutrition, mis en évidence par l'odeur de l'haleine des malades, par la disparition du glycogène, par la fonte des muscles, etc.

La résistance des organismes jeunes, fait remarquable constaté aussi bien chez les animaux que chez l'homme, donne à penser que les lésions antérieures du foie interviennent pour assombrir le pronostic de la maladie. Il est possible également que les effets de la fièvre jaune, généralement plus graves chez les Européens que chez les indigènes, soient en relation avec l'alimentation carnée, l'alcool, etc.; contre ces troubles, l'administration de sucre constitue une thérapeutique rationnelle.

P.-E. Morhardt.

DEUTSCHE
ZEITSCHRIFT für CHIRURGIE

I. Zadeck et A. Sonnenfeld. ***Le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. CCXIII, fasc. 3-4, Janvier 1929). — Il ne saurait être question, pour les auteurs, d'assimiler le traitement de la tuberculose pulmonaire des enfants de moins de 4 ans au traitement de la tuberculose pulmonaire de l'adulte, par le pneumothorax, la phrénicectomie, la thoracoplastie. Mais, à partir de l'âge de 4 ans, les auteurs estiment que ces méthodes doivent être appliquées dans certains cas et doivent donner de bons résultats. 4 observations sont publiées.

Observation I. — Enfant de 12 ans. Caverne du sommet gauche. On injecte 700 cmc d'air dans la plèvre gauche, puis, 40 cmc d'un exsudat pleural tuberculeux prélevé sur un autre malade. A la suite de cette injection, épanchement pleural de 350 cmc. Dans la suite, les injections d'air sont renouvelées. La caverne n'est plus visible.

Observation II. — Garçon de 12 ans. Caverne sous la clavicule gauche. Ablation du phrénique gauche sur une longueur de 33 cm. Puis pneumothorax. Disparition de la caverne.

Observation III. — Garçon de 13 ans. Caverne grosse comme une noix dans le lobe supérieur gauche. Ablation du phrénique gauche sur une longueur de 29 cm. Puis injection de 450 cmc d'air. 4 mois après, la caverne est encore visible mais a beaucoup diminué.

Observation IV. — Garçon de 13 ans. Au sommet droit, caverne grosse comme une pièce de 2 marks. Ablation du phrénique droit sur une longueur de 31 cm. Injection de 500 cmc d'air. Malgré ces 2 interventions, aucune amélioration. On pratique alors une thoracoplastie en réséquant les 5 premières côtes. L'enfant est, actuellement, encore en traitement, mais il n'y a plus de bacilles tuberculeux dans ses crachats.

P. Wilmoth.

H. W. E. Ehlers. ***Pour la notion des kystes à épithélium à cils vibratiles intrathoraciques*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, tome CCXIII, fasc. 3-4, Janvier 1929). — Une jeune fille de 23 ans se plaint, depuis 1922, de souffrir dans l'hémithorax gauche, elle a des palpitations. Malgré un traitement par la radiothérapie pénétrante, les douleurs ne cessent pas; la malade maigrit, s'affaiblit, elle a des nausées, elle a de la gêne respiratoire, elle est enrouée. Un examen radioscopique montre une ombre arrondie assez mal limitée occupant la moitié supérieure du poumon gauche. Réaction sanguine de l'échinococcose négative. On intervient en pensant qu'il s'agit soit d'un kyste dermoïde, soit d'un kyste hydatique. La tumeur ne peut être extirpée, elle se rompt; son contenu liquide envahit la plèvre. L'opérée meurt au bout de 48 heures d'une pleurésie purulente.

L'autopsie montre qu'il s'agissait d'un kyste développé entre le lobe supérieur du poumon gauche et le médiastin antérieur. Le kyste se laisse facilement séparer du poumon, mais il est relié au médiastin antérieur, au-dessus du péricarde, par du tissu conjonctif. Le pôle inférieur du kyste adhère fortement au péricarde au niveau de l'embouchure des veines pulmonaires. De plus, entre le kyste et la bronche souche gauche, il existe un pédicule long de 1/2 cm. et épais comme une aiguille à tricoter.

L'examen de la paroi du kyste, portant sur la portion voisine du pédicule, qui le relie à la bronche gauche, montre qu'il est tapissé à son intérieur par de l'épithélium à cils vibratiles. La paroi est, en outre, formée par des fibres conjonctives, des fibres musculaires lisses, des glandes en tubes, des lames de cartilage.

E. pense que ce kyste représente une ébauche pulmonaire rudimentaire.

P. Wilmoth.

NORSK MAGAZIN
FOR LAEGEVIDENSKAPEN
(Oslo)

B. Dahl. ***Les « carcinoïdes » de l'intestin grêle et de l'appendice; leur pouvoir de créer des métastases*** (*Norsk Magasin for Laegevidenskapen*, tome XC, nº 3, Mars 1929). — D. publie 3 cas de « carcinoïdes » de l'intestin grêle, examinés à l'Institut d'Anatomie pathologique de l'hôpital de l'Université d'Oslo, à titre surtout de document clinique et comme contribution à l'appréciation de la « malignité » des carcinoïdes :

Obs. I. — Homme de 66 ans, en bon état général, souffrant depuis longtemps d'attaques d'iléus. Résection d'un demi-mètre d'intestin. L'examen de la pièce montre une tumeur grosse comme une prune, solide, lisse, arrondie, obturant la lumière. L'intestin en amont est considérablement dilaté et hypertrophié. Plusieurs petits ganglions dans le mésentère. Examen histologique : carcinoïde typique à cellules grosses et régulières, infiltrant toutes les couches de l'intestin jusqu'au tissu graisseux du mésentère. Les ganglions sont envahis par la tumeur. Le malade est en bon état 9 mois après l'opération.

Obs. II. — Homme de 68 ans, en bon état général. Au cours d'une année, 3 crises de douleurs abdominales sans autres signes d'occlusion intestinale. Résection d'un demi-mètre d'iléon qui contient une tumeur bien limitée, grosse comme une petite noisette. Dans le mésentère on voit une tumeur du volume du poing, consistant en plusieurs ganglions facilement séparables, recouverts de péritoine libre. Examen histologique : carcinoïde typique infiltrant la couche sous-muqueuse et sous-séreuse et épargnant le muscle. Sur la surface interne on trouve une petite ulcération avec des follicules tuberculeux. Les ganglions sont envahis par la tumeur et présentent à côté quelques follicules tuberculeux. Mort 4 jours après l'intervention. Pas de nécropsie.

Obs. III. — Femme de 58 ans, présentant des douleurs abdominales mal définies depuis 2 mois. L'intervention montre une tumeur solide, lisse, sphérique, du volume d'une orange, développée dans la base du mésentère. L'ablation en est facile, mais on est obligé de réséquer une longue anse d'intestin. Examen histologique : carcinoïde typique. Mort 12 jours après. Pas de nécropsie. La tumeur est considérée comme une métastase d'une petite tumeur primitive siégeant sur l'intestin.

Dans le premier cas la tumeur s'est comportée cliniquement comme bénigne, avec une croissance extrêmement lente. Dans les deux derniers cas les troubles étaient d'origine mécanique, occasionnés par des métastases ganglionnaires exceptionnellement grosses. L'étude microscopique des métastases affirme une allure bénigne, avec régularité parfaite des cellules, pas de mitoses, pas de réaction inflammatoire du tissu environnant.

Après avoir considéré les cas publiés dans la littérature de carcinoïdes dits « malins », l'auteur insiste sur la bénignité relative de ces carcinoïdes et de leurs métastases, tumeurs ne donnant lieu qu'à des troubles mécaniques. Il conclut en faveur de la théorie de P. Masson concernant l'histogenèse des carcinoïdes et il croit qu'il faut apprécier leur pouvoir d'infiltrer et de créer des métastases d'une autre manière qu'on ne le fait généralement.

La coexistence de carcinoïde et de tuberculose est un fait intéressant, mais l'auteur n'ose pas en tirer une conclusion nette concernant la possibilité du rôle de l'inflammation comme cause primitive de la tumeur.

BULLETIN
of the
JOHNS HOPKINS HOSPITAL
(Baltimore)

John W. Harris et J. Howard Brown. ***Etude clinique et bactériologique de 113 cas d'infection puerpérale streptococcique*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, tome XLIV, nº 1, Janvier 1929). — H. et B. ont étudié systématiquement la flore des lochies de toutes les accouchées présentant de la fièvre durant les 10 derniers jours après l'accouchement ainsi que de tous les cas d'infections utérines *post abortum* ou durant la grossesse.

Ils ont trouvé des streptocoques de diverses variétés dans 67 pour 100 des cas d'infection puerpérale dans la cavité interne.

Ils ont cultivé, identifié et classé ces streptocoques et ont cherché à établir des rapports entre la qualité du germe, la forme de l'infection, la race de la malade, etc.

Ils concluent que l'infection puerpérale due à un aérobie, le streptocoque hémolytique β, est d'origine exogène; celle due au streptocoque non hémolytique γ paraît d'origine endogène dans beaucoup de cas. Elle serait plus fréquente chez les négresses.

Ils ont trouvé avec une fréquence à peu près égale des streptocoques aérobies et anaérobies. Il est donc nécessaire de toujours faire des cultures anaérobies dans les cas suspects d'infection puerpérale.

La moitié des streptocoques aérobies sont de la variété hémolytique β et la majorité de ceux-ci appartiennent au groupe S. pyogenes.

La majorité des streptocoques anaérobies sont du type γ sur gélose au sang et beaucoup ne font pas fermenter les milieux de culture d'épreuve. La rareté des streptocoques faisant fermenter la mannite indique que le streptocoque de l'infection puerpérale est rarement d'origine fécale.

Robert Clément.

Vaccination antidiphtérique préventive

La vaccination antidiphtérique fournit une immunité active, efficace et durable. Elle a été rendue inoffensive par la belle découverte de l'*anatoxine*, réalisée en 1923 par G. Ramon, de l'Institut Pasteur de Paris. Cette vaccination étant entièrement au point, les médecins ont le devoir de la recommander aux familles et ils peuvent la pratiquer sans la moindre hésitation.

Le *vaccin antidiphtérique de l'Institut Pasteur* (anatoxine diphtérique) est délivré en boîtes de 3 ampoules de 1 cmc 5 pour vaccinations individuelles ; en ampoules de 10 cmc pour vaccinations collectives. Ces ampoules peuvent être conservées plusieurs années à la température ordinaire. Le vaccin qu'elles contiennent est coloré en vert pour éviter la confusion avec le sérum.

Technique.

La vaccination antidiphtérique comporte trois injections sous-cutanées faites suivant les règles habituelles, de préférence au niveau de la fosse sus-épineuse :

1re injection	1/2 cmc
2e injection trois semaines plus tard	1 cmc
3e injection deux semaines plus tard	1 cmc 1/2

Ces doses sont à employer quel que soit l'âge du sujet.

Si l'on est obligé d'interrompre la série des injections pour une raison quelconque, on peut ultérieurement et sans inconvénient reprendre la vaccination au point où on l'a laissée, sans renouveler la première ou les deux premières injections.

Réactions vaccinales.

Les réactions consécutives aux injections sont habituellement insignifiantes surtout chez les enfants âgés de 1 à 6 ans.

Dans 5 à 10 pour 100 des cas on peut observer *localement*, deux ou quatre heures après l'injection, un placard rouge, œdémateux, douloureux, et le sujet peut accuser un léger malaise, avec fatigue, courbature et température atteignant 38° à 40°.

Ces réactions sont toujours *bénignes* ; elles disparaissent en vingt-quatre à quarante-huit heures sans laisser de trace.

En prévision de ces réactions, on peut d'ailleurs pratiquer la vaccination des écoliers, la veille d'un jour de congé, un mercredi ou samedi par exemple.

Indications.

Entre 1 et 2 ans tous les enfants devraient être soumis à la vaccination antidiphtérique.

Avant 1 an la vaccination risque d'être inefficace et jusqu'à 6 mois la plupart des nourrissons présentent une immunité naturelle.

A partir de 2 ans la diphtérie devient plus fréquente et plus meurtrière, de 2 à 6 ans surtout. Les *petits enfants* seront donc vaccinés systématiquement et les *enfants plus âgés* le seront s'ils se trouvent dans des agglomérations (écoles, orphelinats, asiles, hôpitaux) où sévissent des épidémies de diphtérie.

Dans les collectivités déjà contaminées, tous les sujets seront vaccinés sans délai. *Les enfants qui ne peuvent être surveillés* recevront en outre, quelques minutes *après* la première injection de vaccin, une injection préventive de 1.000 unités d'antitoxine purifiée ou de 10 cmc de sérum antidiphtérique.

Les *adolescents* et les *adultes* exposés à la contagion (étudiants, médecins, infirmiers, etc.) seront également vaccinés, mais à condition que la *réaction de Schick* soit chez eux positive, de manière à leur épargner l'éventualité de réactions parfois un peu vives.

Contre-indications.

Elles sont très limitées. Il est préférable de surseoir à la vaccination chez les débilités, malades ou fébriles.

Martin, Loiseau et Laffaille recommandent de ne pas vacciner les convalescents de diphtérie avant un délai minimum de deux mois après la guérison clinique.

L'anatoxine ne contient pas de sérum. Son emploi n'est donc pas contre-indiqué chez les sujets ayant reçu une injection antérieure de sérum et ne contre-indique pas une injection ultérieure de sérum.

Résultats.

Plus d'un million d'injections d'anatoxine diphtérique ont été pratiquées actuellement sans accident sérieux.

La première injection immunise déjà 40 pour 100 des sujets. La série des trois injections fournit en six à huit semaines une immunité *quasi* certaine, car 98 p. 100 des vaccinés ayant auparavant un Schick positif acquièrent une réaction négative. Cette immunité est durable et se maintient plusieurs années, peut-être davantage.

GEORGES SCHREIBER.

Traitement de l'asthme des foins

L'asthme des foins est une rhinite spasmodique, c'est-à-dire un dérèglement du système nerveux nasal provoqué par l'aspiration du pollen des graminées, non seulement des foins, mais de bien d'autres fleurs.

I. — Traitement de l'accès.

1° Avec un *pulvérisateur de poche* ou un *atomizer* pulvériser dans chaque narine une petite quantité d'une *solution huileuse d'adrénaline* à 1 pour 1.000 :

Solution d'adrénaline à 1 p. 1000	āā 5 gr.
Huile de vaseline	

Ne pas en abuser, ce médicament n'étant pas inoffensif, à la longue ;

2° Si ce moyen ne suffit pas, introduire dans chaque narine, plusieurs fois par jour, un peu de la pommade suivante :

Novocaïne	0 gr. 50
Vaseline	20 gr.

Pommade à mettre dans un tube métallique ;

3° En dernière ressource, et en l'évitant le plus possible, mettre dans le pulvérisateur la solution suivante :

Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 20
Chlorhydrate d'adrénaline de Parke Davis à 1 p. 1000	1 gr.
Solution de sérum physiologique à 7,5 p. 1000	30 gr.

Ne pulvériser qu'une très petite quantité à la fois ;

4° Instiller matin et soir, dans chaque œil, une goutte de *sérum-collyre antispasmodique de Billard et Maltet* (chez Byla). Au besoin, en instiller dans chaque narine ;

5° Prendre 2 fois par jour, au moment des repas, une cuillerée à soupe de la potion suivante :

Sulfate neutre d'atropine	Cinq milligr.
Sulfate de strychnine	Trois centigr.
Sirop d'oranges amères	400 gr.

6° Prendre trois fois par jour, pendant trois jours, un *comprimé* de *kinectine* (Monneyrat), puis 2 comprimés tous les deux jours ;

7° En cas de dyspnée, prendre chaque jour 2 des pilules suivantes (3 ou 4 au besoin) ;

Poudre de belladone	āā 0 gr. 01
Extrait de belladone	

8° Si tous ces moyens échouent, essayer l'*autohémothérapie* : retirer par ponction veineuse au bras 10 cmc de sang et l'injecter immédiatement, en allant vite, sous la peau de la fesse : faire 4 à 5 injections consécutives tous les deux jours ;

ou bien l'*injection intradermique de solution stérilisée de peptone* pure à 50 pour 100, pendant vingt jours de suite : commencer par 1/10e de cmc, puis 2/10e, et, si la réaction locale n'est pas trop vive, on atteint 3/10e de cmc ;

9° Les *goutteux* prendront des *alcalins* : eau de Vichy, bicarbonate de soude, etc.

II. — Traitement nasal.

Si on trouve de grosses lésions : rhinite hypertrophique manifeste, polypes muqueux, queues de cornets, grosse crête de la cloison, on les traitera chirurgicalement.

S'il y a des *zones d'hyperesthésie* de la pituitaire (constatées par l'exploration de la muqueuse avec la pointe d'un stylet), conseiller des *lavages à l'eau salée physiologique très chaude*, et si ce moyen ne suffit pas, des *cautérisations chimiques* ou *galvaniques des cornets inférieurs*, répétées tous les quinze jours, pendant la période critique.

On pourra aussi essayer l'*électrisation avec les courants de haute fréquence* et les *inhalations d'ozone*.

III. — Traitement préventif.

1° Eviter les parfums, fleurs, séjour à la campagne au printemps et à l'été, le vent, la poussière, l'air sec, etc. Faire (si on le peut) au printemps une croisière en mer.

Porter des verres fumés contre l'action irritante du soleil ;

2° Garnir systématiquement les narines, chaque jour, avec de la vaseline ou de l'huile à vaseline résorcinée ;

3° Prendre au printemps, avant l'éclosion des accès, matin et soir un cachet de 0 gr. 30 de *valérianate de quinine* ou une *pilule de belladone* (poudre de belladone + extrait de belladone ; āā : 1 centigr.) ;

4° Faire au printemps, avant l'époque présumée de l'accès, des *injections sous-cutanées de vaccin antipollinique Byla* : 8 ampoules de 12 cmc, numérotées, contenant des doses progressivement croissantes d'antigène : une injection tous les deux jours. Dans chaque boîte, une ampoule de 1/4 de cmc : 1 goutte de cette ampoule injectée dans le derme provoque l'intradermo-réaction chez les sujets qui sont bien sensibles aux extraits contenus dans le vaccin ;

5° Faire une *cure hydrominérale au Mont-Dore* ;

6°. En désespoir de cause, essayer la *section du nerf nasal* immédiatement avant sa division au niveau du trou ethmoïdal antérieur (sans danger).

A. LUTIER.

REVUE DES JOURNAUX

ARCHIVES DES MALADIES DES REINS et des ORGANES GÉNITO-URINAIRES (Paris)

Bernard. ***Contribution à l'étude du traitement de la bilharziose vésicale*** (*Archives des maladies des Reins et des Organes génito-urinaires*, tome III, n° 5, 1er Février 1929). — Nous empruntons à cet intéressant article, illustré de sept bonnes planches cystoscopiques, les données suivantes: la bilharziose vésicale est capable de persister malgré le traitement général à l'émétique; elle passe souvent inaperçue; les symptômes vésicaux qu'elle provoque peuvent être très discrets (hématuries légères, absence de phénomènes de cystite); la cystoscopie fournit les plus précieux renseignements (œufs isolés sous forme de petits grains de mil très réfringents, plaques ecchymotiques ou mamelonnées, tumeurs d'aspect mûriforme saignant facilement).

Il faut recourir au traitement général conjugué au traitement local. Le traitement local consiste en l'électrocoagulation des lésions vésicales; ainsi disparaissent les œufs et les tumeurs qui, se calcifiant, peuvent être le point de départ de calculs. Le traitement général est conduit de la façon suivante. On utilise des ampoules contenant 6 centigr. d'émétique (tartrate double d'antimoine et de potasse) dissous dans 2 cmc d'eau distillée; le contenu de ces ampoules est, pour l'injection intraveineuse, dilué dans 10 cmc de sérum physiologique et injecté lentement. Les trois premières doses sont de 3, 6 et 9 centigr. injectées à 2 jours de distance; puis, au bout de 3 à 4 jours, on injecte une dose de 12 centigr. qui est ensuite répétée de 2 jours en 2 jours jusqu'à ce que le malade ait reçu de 1 gr. 30 (minimum absolument nécessaire) à 1 gr. 80 de produit. Les injections sont faites à jeun; le malade, qui doit être hospitalisé, restera couché 4 heures après l'injection. Les seuls incidents observés ont été des crises de toux spasmodique et des douleurs polyarticulaires ou musculaires. La série de piqûres peut être répétée, une première fois après un repos de 3 semaines, une seconde fois après un repos de 1 mois à 5 semaines.

G. Wolfromm.

E. Papin, ***Traitement de la vessie tuberculeuse après la néphrectomie*** (*Archives des maladies des Reins et des Organes génito-urinaires*, tome III, n° 5, 1er Février 1929). — Après néphrectomie pour tuberculose vésicale, l'amélioration des troubles vésicaux peut être insuffisante ou même nulle. Différentes méthodes ont été proposées : on a eu recours à la radiothérapie, aux rayons ultra-violets, à l'héliothérapie, à la cystostomie, à l'énervation de la vessie, à la sphinctérotomie, à l'agrandissement de la vessie par autoplastie en utilisant un segment intestinal. Mais les méthodes qui paraissent le plus recommandables sont les suivantes :

1° Les instillations au sublimé à 1 pour 20.000, à l'acide phénique à 6 pour 100, aux huiles médicamenteuses, à l'iode naissant, à l'acide lactique, mais surtout les instillations au *bleu de méthylène* qui paraissent être le meilleur palliatif, sans avoir toutefois d'action curative;

2° Les traitements endoscopiques, applicables à condition qu'il y ait des lésions localisées : *fulguration* et surtout cautérisations, sous le contrôle du cystoscope, par l'*acide trichloracétique*, que M. Papin a employées avec succès dans 4 cas;

3° L'exclusion de la vessie : la néphrostomie est de résultat inconstant; l'implantation urétéro-intestinale expose à la mort par péritonite ou anurie; l'implantation des deux uretères à la peau a toutes les préférences de M. Papin qui, dans 13 cas, y a eu recours avec succès.

G. Wolfromm.

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR (Paris)

P. Lereboullet et J.-J. Gournay. ***L'immunisation antidiphtérique par l'anatoxine à l'hôpital des Enfants-Malades; organisation et fonctionnement d'un Centre de prophylaxie antidiphtérique*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, tome XLIII, n° 2, Février 1929). — Depuis 1924, le Centre de prophylaxie antidiphtérique rattaché au service de la diphtérie de l'hôpital des Enfants-Malades a pratiqué de très nombreuses injections. Cette prophylaxie s'est étendue à des collectivités : orphelinats, écoles, groupes d'habitations à bon marché, etc.

La technique est celle de Ramon. L. et G. insistent à nouveau sur la nécessité d'espacer les 2 premières injections d'au moins 3 semaines et la 3e de la 2e d'au moins 15 jours.

Les réactions n'ont pas dépassé 10 pour 100, toujours très faibles, à placard rouge douloureux, fièvre durant quelques jours mais disparaissant spontanément. Pas de contre-indication vraie à la vaccination.

Chez plus de 40 enfants, la réaction de Schick restait négative 2 ans après la vaccination. Chez les enfants vaccinés avec 3 injections L. et G. ne relèvent qu'un croup bénin et 3 angines dont 2 angines de Vincent chez des porteurs de germes.

L'association de sérum au vaccin est un obstacle au développement de l'immunité active développée par l'anatoxine.

Robert Clément.

G. Marinesco, M. Manicatide et State-Draganesco (de Bucarest): ***Etude clinico-thérapeutique et anatomo-pathologique sur l'épidémie de paralysie infantile qui a sévi en Roumanie pendant l'année 1927*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, tome XLIII, n° 2, Février 1929). — La Roumanie, qui n'avait connu jusqu'alors que des cas sporadiques de la maladie de Heine-Médin, a vu se développer en 1927 une épidémie de poliomyélite aiguë. On put relever 1.576 cas, avec maximum en Août et début en Mars. La morbidité la plus forte a été celle des enfants de moins de 4 ans; la mortalité globale fut de 10,02 pour 100, plus faible en milieu rural (9 pour 100) qu'en milieu urbain, 17 pour 100. La mortalité, relativement faible au-dessous de 5 ans, a atteint 50 pour 100 pour les sujets de 15 à 20 ans.

La réceptivité des sujets fut très réduite et le plus souvent un seul membre de la famille fut atteint.

C'est surtout parmi les paysans et les employés des quartiers pauvres qu'a sévi l'épidémie.

On peut évaluer l'incubation de chaque cas à une dizaine de jours. L'invasion fébrile avec signes généraux fut la règle. Toutes les formes ont été observées.

Diverses thérapeutiques furent essayées exclusivement. Le sérum de convalescent selon la méthode de Netter a donné 31 pour 100 de guérison complète, le sérum de Pettit 23 pour 100, la méthode de Bordier 22 pour 100, l'évolution spontanée sans traitement 15 pour 100. Le sérum de Pettit n'a pas paru très efficace. Il n'a pas empêché la mort dans 2 cas avec troubles bulbaires, ni l'apparition de nouvelles paralysies en plein traitement.

Il ne semble pas qu'on ait observé chez les malades traités par le sérum une régression beaucoup plus rapide des paralysies. Enfin M., M. et D. reprennent l'étude anatomo-pathologique de la poliomyélite.

Robert Clément.

PARIS MÉDICAL

Didsbury. ***Migraine ophtalmique*** (*Paris médical*, tome XIX, n° 6, 9 Février 1929). — La migraine ophtalmique, isolée ou précédant une crise de migraine temporo-frontale, ne guérit pas spontanément, comme la migraine temporo-frontale habituelle dont elle n'est cependant qu'une forme ou une complication, bien différente en cela de la migraine ophtalmoplégique qui est tout autre chose.

Le meilleur élément diagnostique est la recherche des points douloureux, très précis et très nets, sur les points d'émergence des nerfs périphériques : grand nerf récurrent d'Arnoldt, nerf frontal et ganglion cervical supérieur du sympathique.

Le traitement par le massage et les manœuvres superficielles sur les nerfs périphériques constitue pour D. un véritable traitement pierre de touche de la migraine ophtalmique.

Robert Clément.

Fernand Bezançon et André Jacquelin. ***Les grands abcès du poumon à pyogènes : formes anatomo-cliniques, pronostic et traitement*** (*Paris médical*, tome XIX, n° 7, 16 Février 1929). — Les perfectionnements des procédés radiologiques, le lipiodo-diagnostic, les constatations opératoires ont permis de mieux connaître les abcès du poumon. Ils semblent plus fréquents depuis la guerre.

On peut en distinguer 3 formes anatomo-cliniques assez différentes.

Les *abcès aigus, circonscrits*, le plus souvent curables, surviennent chez des sujets jeunes, sans passé pathologique. Le début se fait par une vomique ou l'expectoration de pus. Les signes physiques sont nets, discrets ou nuls. La radiographie montre quelquefois une image cavitaire arrondie. L'évolution est favorable le plus souvent.

Les *abcès chroniques, à tendance extensive par poussées successives* semblent succéder à une phase de bronchite à répétition. Le diabète joue un rôle favorisant. Le début est insidieux. L'expectoration mélangée de muco-pus indique la participation d'un processus bronchique. Les signes physiques sont plus nets et plus étendus. Radiographiquement on a l'aspect de cavités multiples qui rappelle la dilatation des bronches. Il y a des lésions pulmonaires de sclérose autour et quelquefois une atteinte pleurale. Parfois il y a des hémoptysies. La mort est la terminaison presque fatale.

Les *abcès nécrotiques, à tendance extensive d'emblée* sont représentés par la pneumonie disséquante nécrotique souvent à allure suraiguë et due au pneumo-bacille de Friedlander et au streptocoque.

L'évolution en deux temps dure de 6 à 8 semaines et aboutit à la mort.

La plupart des abcès aigus sont curables, d'autres mortels, le terrain jouant un rôle. Les premiers doivent être traités médicalement. Pour les abcès chroniques, en cas d'échec du pneumothorax et de la phrénicectomie, les seules ressources sont du domaine de la chirurgie, mais le pronostic de ces interventions est grave.

Robert Clément.

Hudelo et Rabut. ***Lupus vulgaire et syphilis*** (*Paris médical*, tome XIX, n° 9, 2 Mars 1929). — Le rôle que peut jouer la syphilis dans le développement du lupus est d'importance variable. Le plus souvent la syphilis ne constitue qu'un terrain prédisposant; elle peut aller jusqu'à la participation effective du tréponème en association avec le bacille de Koch : il s'agit alors d'hybridité syphilo-tuberculeuse. Plus rarement la syphilis pourrait être l'agent exclusif du lupus vulgaire. D'où la nécessité d'en rechercher les stigmates et d'instituer un traitement d'épreuve qui donnera une guérison immédiate dans les cas rares de syphilides lupiformes et améliorera les hybrides.

Robert Clément.

C. Levaditi, P. Lépine et V. Sanchis-Bayarri. ***Contribution à l'étude expérimentale du mécanisme pathogénique de la parasyphilis*** (*Paris médical*, tome XIX, n° 10, 9 Mars 1929). — Les auteurs se sont livrés à toute une série d'expériences de syphilis expérimentale chez le lapin pour chercher à élucider le mécanisme de la parasyphilis.

L'apparition des troubles névraxiques au cours de l'évolution de la syphilis expérimentale du lapin est un fait tout à fait exceptionnel, que l'inoculation

soit faite par voie nerveuse ou par d'autres voies. Le système nerveux des lapins atteints de tréponémose expérimentale paraît exempt de virus syphilitique et aussi de propriétés neutralisantes à l'égard de ce virus. Mais le virus syphilitique introduit dans le cerveau du lapin peut envahir l'organisme et occasionner des métastases ectodermiques sans réussir à se localiser et à pulluler *in situ*. Le système nerveux occupe, au point de vue réceptivité vis-à-vis du tréponème dermotrope, une place à part.

Les tréponèmes introduits dans la cavité rachidienne ne sont plus retrouvés après 24 heures.

Le névraxe du lapin normal offre une résistance manifeste à l'égard du tréponème injecté par voie intrarachidienne.

Le virus syphilitique, tout en disparaissant du névraxe et de ses enveloppes, n'y est pas détruit, il envahit l'organisme et « crée une infection spécifique inapparente ». La résistance du système nerveux serait une *particularité tissulaire* qui n'empêche pas la généralisation du virus.

ROBERT CLÉMENT.

LE PROGRÈS MÉDICAL
(Paris)

M. Loeper et J. Tonnet. *Les grandes oxalémies* (*Le Progrès médical*, nº 9, 2 Mars 1929). — L'oxalémie se rapproche de la goutte, mais c'est une goutte hypotensive, asthénique, une goutte froide. C'est aussi une maladie anémiante, hémorragique parfois, algique et névralgique toujours.

L'oxalémie dérive d'un métabolisme imparfait des purines qui font de l'alloxane, de l'acide parabanique et de l'acide oxalique, comme elles font de la xanthine et de l'acide urique.

C'est un trouble de nutrition complexe; le foie y joue son rôle.

L'élimination urinaire n'est pas toujours proportionnelle à l'oxalémie.

L'oxalémie a souvent une origine intestinale. La thérapeutique consiste à réduire l'apport en nature (chocolat, rhubarbe), diminuer les fermentations intestinales, l'alcalose sanguine, accroître la combustion, faciliter l'élimination, dissoudre les concrétions.

ROBERT CLÉMENT.

LE BULLETIN MÉDICAL
(Paris)

G. Heuyer et B.-J. Logre. *L'hérédité précessive* (*Le Bulletin médical*, t. XLIII, nº 9, 27 Février 1929). — Parfois l'hérédité, se manifestant chez les enfants, devance les troubles analogues qui n'ont pas encore été constatés chez les parents mais le seront ultérieurement.

Cette notion peut présenter un intérêt en psychiatrie.

Un diagnostic hésitant pourra s'appuyer sur la notion bien établie d'une crise d'excitation ou dépressive chez un enfant du malade.

H. et G. rapportent 3 exemples d'hérédité précessive de psychose maniaque dépressive.

ROBERT CLÉMENT.

GAZETTE HEBDOMADAIRE des SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

A.-P. Lachapèle. *Des radio-nécroses : classification, aspects cliniques, étiologie, mécanisme, diagnostic et traitement* (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, tome L, nº 8, 24 Février 1929). — Au niveau de la peau, on peut avoir toute une gamme de lésions de radiodermite allant de l'érythème fugace à la radio-nécrose du derme. Les lésions peuvent être précoces, chroniques ou tardives.

Toutes les parties molles, les os, les viscères creux peuvent être le siège de radio-nécrose.

Les radio-nécroses précoces sont dues le plus souvent à une dose excessive par oubli de filtrage, erreur de mesure ou autre faute de technique; cependant une dose, sans être trop forte, peut entraîner des nécroses par rayonnement direct ou secondaire trop absorbable.

Les radio-nécroses spontanées « par idiosyncrasie » doivent être rares; si l'on cherche bien, on trouve le plus souvent la cause.

Si tous les tissus font de la radio-nécrose précoce aiguë sous l'influence de fortes doses de radiations, seuls les tissus à renouvellement lent ou nul sont susceptibles de faire des accidents tardifs : les tissus épithéliaux ne font pas de radio-nécrose tardive.

L'absence d'histolyse explique la chronicité des radio-nécroses et l'extrême lenteur de l'élimination des tissus morts.

Le traitement consiste surtout à prévenir et soigner l'infection possible.

La prophylaxie consiste à poser les indications thérapeutiques avec prudence, en tenant compte de la radio-sensibilité qui peut tenir à des irradiations antérieures ou à l'infection de la tumeur, au voisinage des pièces osseuses ou cartilagineuses superficielles, à ne pas fragmenter les doses, ne pas allonger la durée du traitement, filtrer suffisamment, supprimer tout rayonnement secondaire, etc.

ROBERT CLÉMENT.

MAROC MÉDICAL

P. Remlinger. *La dysenterie amibienne au Maroc et, en particulier, à Fez* (*Maroc médical*, nº 80, 15 Août 1928). — La dysenterie amibienne est beaucoup plus fréquente au Maroc que ne le signalent les études nosologiques sur ce pays. Les cas semblent avoir augmenté de nombre ces dernières années.

A Tanger, à Casablanca, à Rabat, la dysenterie est amibienne ou bacillaire, l'association rare.

A Fez la dysenterie amibienne est fréquente, elle est grave. En outre, il y a une diffusion extraordinaire des protozoaires : lamblias, trichomonas, tétramitus, etc. Ces parasites sont extrêmement fréquents dans la région de Fez et les porteurs de kystes amibiens sont aussi nombreux.

ROBERT CLÉMENT.

REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE
(Lausanne-Genève)

M. Roch. *Les piqûres d'hyménoptères au point de vue clinique et thérapeutique* (*Revue médicale de la Suisse romande*, tome XLVIII, nº 14, 10 Novembre 1928). — Les piqûres d'hyménoptères sont fréquentes et souvent graves. R. a cherché à se documenter sur les accidents et leur mécanisme.

La nature du venin est encore mal connue. La toxicité paraît indépendante de l'acide formique que l'on trouve dans les venins. Elle est aussi partiellement indépendante des albuminoïdes. Le produit toxique est précipité par l'alcool, il est détruit par les sucs digestifs.

Le venin d'abeilles est toxique pour les insectes et tous les mammifères; les abeilles elles-mêmes sont sensibles à leur propre venin.

Plusieurs piqûres successives entraînent souvent mais non toujours une accoutumance. 10 pour 100 des sujets, d'après Flury, ont une immunité congénitale, 13 pour 100 ne se sont jamais immunisés malgré des piqûres répétées.

Les accidents graves résultent du siège de la piqûre (base de la langue, pharynx, voile, face), de l'introduction directe dans la circulation, par exemple, dans les veines du cou, ou du grand nombre des piqûres. Les accidents mortels s'expliquent par une sensibilité spéciale du sujet ou un terrain déjà adultéré.

Les infections secondaires sont rares.

Le venin des hyménoptères a été employé en thérapeutique. Il paraît avoir quelque efficacité dans les états rhumatismaux. Il semble agir en créant un choc protéinique.

ROBERT CLÉMENT.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Bâle)

E. Feer. *La constitution thymico-lymphatique et sa signification clinique* (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LIX, nº 7, 16 Février 1929). — Depuis Paltauf on a beaucoup discuté sur la constitution thymico-lymphatique, caractérisée par la présence d'un état d'embonpoint marqué avec pâleur et mollesse des tissus, gonflement des ganglions lymphatiques, apparition de nodules lymphatiques dans le foie et dans la thyroïde, tuméfaction des organes lymphoïdes du palais, de l'appareil digestif, de la rate, du thymus et, finalement, chez l'adulte, l'aplasie de l'aorte, etc. On a cru d'abord qu'il s'agissait d'une compression de la trachée par le thymus dont F. a observé un seul cas en 1896. Cependant Paltauf admettait l'existence d'une constitution anormale entraînant la mort du fait du cœur. Dans les autopsies, on a retrouvé des symptômes de bronchiolites, d'affections intestinales suraiguës, de méningites, de myocardites, des traces d'étouffement par les aliments ou par des vers. Enfin l'anamnèse a souvent noté du spasme de la glotte. Mais le diagnostic est difficile. Dans un cas où le thymus était très gros F. a retrouvé un ganglion bronchique caséifié ayant fait irruption dans la trachée. Néanmoins, il existe des cas de mort où on ne retrouve que les caractères d'une constitution thymico-lymphatique comme chez un enfant de 5 mois dont le thymus pesait 55 gr. et occupait presque tout le médiastin antérieur.

La grosseur du thymus est proportionnelle à l'état d'embonpoint. Hammar donne, comme chiffres normaux moyens, 13 gr. à la naissance et 37 gr. entre 11 et 15 ans. Cependant les maximums observés atteignent 52 gr. Il est donc difficile d'établir des limites nettes entre l'état normal et pathologique tout au moins chez l'enfant au voisinage de 5 à 6 ans.

Les autopsies de soldats tués pendant la guerre ont montré qu'il y avait souvent constitution thymico-lymphatique en même temps qu'atrophie des surrénales. D'ailleurs, la lymphocytose a été fréquente (36 à 40 pour 100 au lieu de 32 pour 100). Ainsi, pendant cette période, les conditions étaient très spéciales.

F. a trouvé chez les nourrissons à gros thymus 70 à 75 pour 100 de lymphocytes dans le sang. Le diagnostic clinique s'appuie sur l'hypertrophie des glandes de la base de la langue, sur la constatation d'un gros thymus par percussion du manubrium ou par la radiographie qui est possible, sauf chez les nourrissons où les gros vaisseaux sont gênants. La stridor inspiratrice due au thymus est très rare.

Le goitre accompagne fréquemment un gros thymus et, en même temps, on observe souvent une hypertrophie du cœur qui peut être due à une myocardite chronique mais que, parfois, des infiltrations lymphoïdes du myocarde font rentrer dans la constitution thymico-lymphatique. Le système chromaffine présente souvent de l'hypoplasie : la mort thymique résulterait alors d'une action du vague par déplacement des électrolytes (Zondeck). L'hypogénitalisme s'observe également et on doit rapprocher ce fait de la grosseur frappante du thymus chez les castrés. Dans la myasthénie grave, il y a souvent hyperplasie du thymus et infiltration lymphocytaire dans la musculature. De même, dans la maladie d'Addison non tuberculeuse et dans le Basedow, le thymus est parfois hypertrophié, notamment dans les cas de mort subite après intervention.

En outre, il semble y avoir une disposition héréditaire. Cependant la suralimentation avec le lait, les œufs et le beurre rend évidente cette disposition et fait apparaître, en même temps, des signes de diathèse exsudative souvent sous forme d'eczéma. D'ailleurs, la mort subite des enfants eczémateux s'observe en cas de constitution thymico-lymphatique. Ces cas de mort sont surtout fréquents au


Médication Opothérapique
EXTRAITS TOTAUX
CHOAY
Obtenus par dessiccation rapide, dans le vide, vers 0°,
d'organes soigneusement récoltés, auxquels ils sont équivalents.
SYNCRINES CHOAY
Résultant de l'association d'Extraits totaux,
en formules qui répondent aux principaux syndromes
COMPRIMÉS · CACHETS · PILULES · AMPOULES
CHOAY
Echantillons sur demande au LABORATOIRE CHOAY
48, Rue Théophile Gautier, PARIS -16e- Tél. Auteuil 44-09

printemps alors que, selon Moro, les sécrétions internes sont le plus troublées.

Dans le spasme de la glotte, on observe des phénomènes très analogues à tous points de vue. Dans un cas de F., il s'agit d'un enfant qui est pris d'un accès de spasme de la glotte au moment d'un examen de la gorge. L'intubation immédiate et la respiration artificielle ne donnèrent rien parce que le pouls s'était arrêté avant la respiration.

Le traitement de cet état constitutionnel consiste pour F. d'abord à éviter toute suralimentation, à réduire le nombre des repas à 3 après la première année, à ne pas donner plus de 200 à 300 gr. de lait, à supprimer les œufs et à faire consommer beaucoup de légumes, de fruits crus et de pain sans pousser l'enfant à manger et cependant sans arriver à une inanition qui pourrait diminuer le pouvoir immunisant. Dans ces dernières années les angines lacunaires et les spasmophilies auraient diminué et, d'autre part, le nombre des enfants autopsiés pour mort subite, à l'Institut pathologique de Zürich, serait beaucoup moindre qu'auparavant. F. attribue ce fait à ce que la suralimentation systématique est moins appliquée aujourd'hui qu'autrefois.

L'iodure de sodium à la dose de 10 centigr. à un gramme par jour est utilisé. Il en est de même pour l'irradiation par les rayons X quand il y a sténose trachéale du fait du thymus.

P.-E. Morhardt.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN (Leipzig)

A. Hartwich. ***La sérothérapie de la scarlatine*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXIII, nos 3 et 4, Février 1929). — H. a employé l'antitoxine pour le streptocoque de Höchst à la dose de 25 cmc chez les adultes (demi-dose chez les enfants). En général, il n'a pas été fait plus d'une injection.

Cependant, dans un cas on a été jusqu'à 3. Chez les malades qui avaient eu auparavant un traitement sérique, on a inoculé 1 cmc de sérum scarlatineux 2 heures avant la dose principale. Ce traitement a été fait dans 60 cas, dont 52 adultes et 8 enfants, et il a eu sur la température une influence nette. Les courbes moyennes superposées montrent qu'avec lui la fièvre a à peu près disparu au bout de 48 heures tandis que, sans traitement, au bout de 9 jours elle persiste encore. La défervescence a été critique dans 43 pour 100 des cas. Dans 7 pour 100 la température n'a pas été influencée parce qu'il y avait une complication, par exemple du côté de l'oreille ou du côté des ganglions lymphatiques. A partir du 5e jour de la maladie, l'injection de sérum devient sans effet.

Sur l'exanthème les effets du sérum ne se sont pas montrés à H. aussi nets qu'à d'autres auteurs. Néanmoins l'éruption avait disparu entre 2 et 2 jours 1/2 après l'injection.

Sur l'état général, c'est-à-dire sur l'apathie, le délire, la mauvaise circulation, le sérum agit d'une façon véritablement étonnante : des enfants dans un état grave à l'entrée sont trouvés jouant sur leur lit le lendemain de l'injection.

Sur les complications et sur les rechutes, il semble difficile à H. de formuler une opinion puisqu'il a été choisi, pour subir ce traitement, précisément les cas les plus sévères. Cependant, les ganglions de l'angle de la mâchoire n'ont été pris que dans 5,7 pour 100 des cas traités par le sérum alors qu'ils l'ont été dans 13,3 pour 100 des autres. Par contre les otites ont été aussi fréquentes chez les uns que chez les autres (11 pour 100 contre 11,6 pour 100). Il en est de même pour les complications rhumatismales (5,7 pour 100 contre 4,3 pour 100). Ainsi l'action du sérum est puissante contre les phénomènes toxiques, mais nulle contre les affections secondaires dues à une localisation streptococcique. Cette thérapeutique est, pour H., à mettre sur le même plan que celle de la diphtérie par le sérum antidiphtérique. Dans 10 cas de contrôle il a été injecté, au lieu de sérum thérapeutique, du sérum de cheval neuf. On a constaté un abaissement de la température à la suite de ce traitement dans un seul de ces cas.

P.-E. Morhardt.

S Lauter et H. Baumann. ***Circulation et respiration dans les états hypoglycémiques*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXIII, nos 3 et 4, Février 1929). — On considère en général la crise d'hypoglycémie comme bénigne, du moins chez l'adulte. Cependant certains auteurs, comme Büdingen et von Noorden, recommandent de prendre des précautions avec l'insuline quand l'appareil circulatoire n'est pas intact. L. et B. ont, pour leur compte, observé 3 cas de diabète hypertonique dans lesquels survint, 3 à 5 heures après une injection d'insuline, une attaque d'apoplexie. Ils ont donc étudié chez une série de 10 individus, dont 8 diabétiques, les phénomènes physico-chimiques qui se passent au cours de la crise hypoglycémique et ils ont constaté ainsi que, chez les diabétiques, cette crise peut se produire alors que le taux du sucre du sang est normal ou même plus élevé que la normale.

En outre, l'électrocardiogramme a montré d'abord que l'onde T pouvait être rendue négative ou disparaître, témoignant ainsi d'un trouble tout au moins fonctionnel du myocarde. Le débit de sang par minute a été généralement augmenté, passant parfois de 4,6 à 8,7 litres ou de 6,6 à 10 litres. Le débit par pulsation était, lui aussi, augmenté tandis que le pouls variait peu ou en des sens divers. La pression veineuse a été fortement augmentée et le sang veineux a été trouvé riche en oxygène bien que, pendant la crise, la consommation d'oxygène par les tissus aille souvent en augmentant.

L'augmentation de la consommation d'oxygène peut être due en partie à l'inquiétude motrice qui accompagne l'hypoglycémie et qui, par ailleurs, provoque une hyperventilation avec un déplacement du p_H du côté alcalin. Dès que cette inquiétude motrice disparaît, le p_H revient à des chiffres plus normaux même si l'hypoglycémie n'était pas modifiée. L'étude du quotient respiratoire a montré même lorsque le sucre du sang est très bas qu'il y a certainement consommation d'hydrate de carbone. En même temps l'acide lactique du sang atteint une concentration très élevée (24 au lieu de 7,8 milligr. pour 100).

On sait que le besoin d'oxygène par les tissus joue un rôle réflexe considérable sur le débit du cœur. Aussi, pour Hess et Tigerstedt, la régulation du courant sanguin est telle que les tissus reçoivent les aliments dont ils ont besoin avec le minimum de sang circulant. Mais ce qui est vrai pour l'oxygène serait, d'après L. et B, également vrai pour les hydrates de carbone. Ce serait pour satisfaire aux besoins des tissus en sucre que la circulation du sang se trouverait ainsi augmentée par voie réflexe au cours de l'hypoglycémie. Il est possible aussi qu'une modification dans le métabolisme des hydrates de carbone détermine une régulation centrale nerveuse de la circulation.

Quoi qu'il en soit, la médication par l'insuline représente une charge pour l'appareil circulatoire, d'autant plus que l'association du diabète avec l'hypertension est fréquente. Les vaisseaux de l'hypertendu peuvent donc être, par cette médication, exposés davantage à une rupture, ou encore l'apoplexie se trouve favorisée lorsque la pression sanguine ayant été augmenté pendant un certain temps le débit par minute diminue. C'est au cours du coma, lorsqu'on utilise des doses élevées d'insuline, que des accidents de ce genre sont plus à craindre. Il est donc nécessaire, en pareil cas, d'administrer du glucose pour prévenir de tels accidents. Cette administration devra avoir lieu 2 à 4 heures après l'injection d'insuline, c'est-à-dire au moment où la réaction circulatoire est le plus marquée.

P.-E. Morhardt.

Th. Wedekind. ***Injections intraveineuses de charbon dans le traitement de la tuberculose pulmonaire*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXIII, nos 3 et 4, Février 1929). — Il a déjà été rendu compte ici (*La Presse Médicale*, numéro du 15 Septembre 1928) des recherches de W. sur la rareté de la tuberculose chez les mineurs dans les mines de charbon et sur les effets d'injections de suspension charbonneuse chez des cobayes tuberculisés. W. publie, dans ce nouveau travail, le résultat que lui a donné une médication de ce genre chez l'homme. Il ajoute, d'ailleurs, à la suspension de charbon qu'il utilise, quelques centimètres cubes d'une solution hypertonique de chlorure de calcium. En général, après l'injection de cette préparation, il survient une élévation de température. Ce traitement provoque une transformation des lésions même exsudatives en « induration ». Le fait a même été constaté à l'autopsie des cas où la mort est survenue. Ces autopsies ont montré que le charbon se dépose surtout au voisinage des cavernes et des processus d'ulcération. Selon W. ce traitement agirait en augmentant le pouvoir de défense du système réticulo-endothélial.

P.-E. Morhardt.

MEDIZINISCHE KLINIK (Berlin)

O Roth. ***Une observation d'infection puerpérale septicémique à bacille du hog-choléra (bacillus suipestifer)*** (*Medizinische Klinik*, t. XXIV, n° 47, 23 Novembre 1928). — Le rôle pathogène du bacille du hog-choléra chez l'homme a déjà été constaté assez souvent : Schnitter a même décrit une épidémie de cette infection, qui s'est produite à Offenbach, et qui a atteint 103 personnes : la cause en était une contamination par des glaces. Mais, jusqu'alors, tous les cas signalés se rapportaient à des infections d'origine alimentaire, qui revêtaient l'aspect clinique de fièvre typho-paratyphique atténuée.

L'observation de R., au contraire, affecte un type plus grave, et paraît être due à une infection utérine.

Une femme de 21 ans accouche le 26 Février. Pendant l'accouchement, une sage-femme aurait pratiqué un toucher sans se laver les mains. La délivrance a dû être provoquée par décollement manuel, à cause de l'hémorragie ; quatre jours après, le 1er Mars, il se produit un grand frisson et une ascension thermique à 39°, suivis de chaleur, puis de sueurs et de chute de la température. A partir de ce moment, la malade se plaint de toux fréquente, avec expectoration muco-purulente, de point de côté à la base droite, de dyspnée, de nausée. La fièvre subit des oscillations irrégulières, et, le 16 Mars, après un nouveau frisson, elle atteint 41°. Le 28 Mars, lors de son entrée à l'hôpital, la malade a l'aspect d'une grande infectée, avec une anémie marquée, une température irrégulière à grandes oscillations, un pouls rapide à 132, mais régulier, une rate percutable. Il existe à la base droite un exsudat pleural, d'aspect purulent, qui contient des polynucléaires altérés, mais dans lequel on ne trouve pas de germes. Un frottis pratiqué avec l'exsudat du col utérin montre la présence de streptocoques anaérobies, mais aussi de fins bâtonnets gram négatifs, qui ne liquéfient pas la gélatine, et qui ne produisent ni gaz, ni acide. Deux hémocultures sont négatives. La malade est traitée par une transfusion sanguine, des injections de lantol et de sérum antistreptococcique.

La fièvre tombe peu à peu ; l'anémie et l'état général s'améliorent ; cependant, au début de Mai, une nouvelle ponction ramène un pus fluide, dans lequel on trouve des polynucléaires peu altérés, et un germe, qui, comme celui du frottis utérin, présente les caractères du bacille du hog-choléra, et qu'on peut identifier comme tel par l'agglutination. Le séro-diagnostic, pratiqué avec le sang de la malade, est positif au 1/25e et douteux au 1/50e avec le paratyphique B et avec le bacillus de Breslau, positif au contraire au 1/1600e avec le bacille du hog-choléra. Les urines et les selles ne contiennent pas ce germe.

La malade guérit complètement après pleurotomie.

Il faut noter que les épreuves d'agglutination avec le bacille du hog-choléra, essayées chez d'autres sujets, ont toujours été négatives.

Pendant tout le cours de la maladie, la leucocytose est toujours restée très modérée, avec une tendance à la lymphocytose.

J. Mouzon.

H. Küttner. ***Le cancer du rectum et son traitement chirurgical*** (*Medizinische Klinik*, tome XXV, n° 1, 4 Janvier 1929). Les statistiques du prof. K. (de Breslau) portent sur 1.301 observations personnelles.

Elles concernent tout d'abord l'étiologie de l'affection : elles confirment sa plus grande fréquence chez l'homme (63 pour 100 des cas), entre 50 et 60 ans, l'existence de formes juvéniles (4 pour 100 des malades ont moins de 30 ans), enfin le pronostic assez différent des différentes variétés anatomiques.

Le cancer anal pur est rare (0,3 pour 100), le cancer de l'anus et du défilé périnéal l'est moins : 15 pour 100. Ce sont des variétés graves, rapidement inopérables.

Le cancer du défilé périnéal a un pronostic bien meilleur, car les symptômes sont précoces, et la tumeur est souvent extirpable ; le pourcentage est de 7,3 pour 100 pour les formes pures, de 11,5 p. 100 pour les formes propagées à l'ampoule.

Le cancer de l'ampoule doit sa gravité à sa longue période de latence : la tumeur est reconnue trop tard, et plus de la moitié de ces cancers sont inopérables. C'est cependant la variété la plus fréquente : 60,7 pour 100.

Les cancers de la partie haute du rectum, au voisinage de l'anse sigmoïde, sont souvent inopérables pour la même raison ; ils représentent 11 pour 100 de la statistique.

Enfin 6,1 pour 100 des cancers affectent toute l'étendue du rectum, et sont presque toujours inopérables.

L'examen histologique ne fournit guère d'indication sur le pronostic du néoplasme.

Au point de vue symptomatique, le fait le plus intéressant, qui ressort des statistiques de K., est l'importance du toucher rectal : dans 90 pour 100 de ses cas, le toucher permettait le diagnostic. Or 60 pour 100 de ses malades n'avaient pas été touchés par leur médecin au moment où ils lui avaient confié leurs premiers symptômes ! Voilà le fait lamentable, qui grève les statistiques d'une proportion considérable de cas inopérables ! K. essaye de le combattre en obligeant les étudiants de son service à s'exercer au toucher sur les cas de cancer du rectum qu'il a l'occasion de suivre.

L'intérêt principal de l'article de K. réside dans sa statistique opératoire.

Il pratique souvent l'amputation du rectum, avec établissement d'un anus sacré, qui est en général assez bien supporté, mais il réserve une place très importante à la résection du rectum, qui épargne le sphincter, et qu'il exécute toujours par voie postérieure, après résection simple du coccyx, ou après section transversale du sacrum, et qu'il fait suivre, soit d'une implantation du bout supérieur dans le canal sphinctérien, soit d'une suture circulaire, si la résection est trop haute, ou le bout supérieur trop peu mobile, soit d'une extériorisation, avec abaissement et suture secondaire dans un second temps, suivant la technique que K. a recommandée principalement pour les cancers juxtasigmoïdiens, et qui lui permet de ne recourir qu'exceptionnellement à la voie abdomino-sacrée. L'opération abdomino-sacrée, d'ailleurs, comporte toujours maintenant, pour lui, un anus iliaque définitif et une amputation rectale complète par voie sacrée. La gravité immédiate de cette dernière opération et la médiocrité de ses résultats fonctionnels empêchent K. de partager l'engouement de certains chirurgiens pour cette opération maximale : seules, des statistiques très importantes pourraient montrer si elle assure vraiment des résultats éloignés supérieurs.

Enfin l'anus contre nature est souvent la seule opération possible.

Voici la statistique de *mortalité immédiate* des opérations de K.

Excision simple : 11 opérations ; aucun cas de mort.

Amputation du rectum : 192 opérations ; 26,5 p. 100 de mortalité (17,7 pour 100 pour les opérations des 7 dernières années).

Résection du rectum sans invagination ni exclusion : 175 opérations ; 19,4 pour 100 de mortalité (15 p. 100 pour les opérations des 7 dernières années).

Invagination : 4 opérations ; une mort.

Résection avec extériorisation et opération en deux temps : 85 opérations ; 18,8 pour 100 de mortalité (14,6 pour 100 pour les opérations des 7 dernières années).

Opération abdomino-sacrée : 13 cas ; 29,5 pour 100 de mortalité pour les amputations ; 66 pour 100 pour les résections, que K. a maintenant complètement abandonnées en pareille circonstance.

Dans l'ensemble, 480 opérations radicales avec 108 morts, soit 22,5 pour 100 ; pour les 7 dernières années, 150 opérations radicales, avec 26 morts, soit 17,2 pour 100 (16,4 pour 100, si on ne tient pas compte des opérations abdomino-sacrées).

Les causes de mort sont l'infection (péritonite, gangrène, souvent de marche subaiguë ou même chronique ; gangrène gazeuse dans 3 cas), le choc opératoire (surtout dans les résections de tumeurs haut situées), plus rarement les affections pulmonaires (11 pour 100).

L'anus contre nature a été pratiqué 270 fois, exclusivement dans des cas inopérables et à l'anesthésie locale. La mortalité opératoire a été de 12,2 pour 100.

Les résultats éloignés peuvent se résumer dans le tableau suivant (seuls sont comptés dans le pourcentage les malades qui ont survécu à l'opération).

	SURVIES			
	3 ans	5 ans	8 ans	10 ans
	p. 100	p. 100	p. 100	p. 100
Opérations radicales. . .	46,5	32	24,1	19
Excisions	50	42	»	»
Amputations	36	20	17	12
Résections sans extériorisation.	36	24	17	15
Résections avec extériorisation.	46	42	»	»
Anus artificiel	6	2	»	»
Malades non opérés . . .	10	0,6	»	»

Les résultats fonctionnels les meilleurs sont donnés par la résection avec suture (continence dans 95,4 pour 100 des cas), puis par la résection avec extériorisation (continence dans 52,9 pour 100 des cas).

K. a traité 140 malades par les rayons X, associés ou non au radium, et n'a pas obtenu de bons résultats. Il réserve cette thérapeutique, à titre psychique, aux cas inopérables, mais il y a renoncé comme traitement pré ou post-opératoire.

K. fait remarquer que le cancer du rectum, malgré sa fâcheuse réputation, semble être le plus curable des cancers après les cancers cutanés, mais cela à une condition essentielle : son diagnostic précoce grâce au toucher rectal, pratiqué à temps par le médecin traitant. J. Mouzon.

C. von Bramann. ***Traitement de l'endocardite lente par la cautérisation au lieu d'élection*** (*Medizinische Klinik*, tome XXV, n° 1, 4 Janvier 1929). — Nous avons analysé ici-même (*La Presse Médicale*, 22 Août 1928, feuilles d'analyses, p. *124*) l'article de Bier, où le chirurgien berlinois rapportait les résultats surprenants que lui avait donnés sa méthode de cautérisation profonde dans l'endocardite lente : 6 succès sur 12 cas traités. Les imitateurs de Bier n'ont pas été aussi heureux. Lui-même convient aujourd'hui que l'évolution ultérieure de ses premiers cas a assombri sa statistique et qu'une seconde série a été beaucoup moins brillante que la première. Les faits sont rapportés en détail dans l'article de son assistant v. B.

Tout d'abord v. B. donne des nouvelles des six malades dont Bier avait annoncé la guérison. Trois d'entre eux sont bien portants encore à l'heure actuelle. Mais deux sont morts d'embolie, après une rémission prolongée ; le dernier, un homme de 53 ans, est mort asystolique.

V. B. rapporte ensuite l'observation d'une femme, chez laquelle semblaient réunis tous les signes de l'endocardite lente, y compris l'hémoculture positive du Streptococcus viridans, et que Bier avait traitée par sa méthode. Or cette femme mourut de pyosalpinx compliqué de pyonéphrose, et, à l'autopsie, il n'y avait pas trace d'endocardite : il s'agissait d'une septicémie à viridans, mais les souffles cardiaques n'étaient pas d'origine valvulaire.

Depuis l'article de Bier, 16 nouveaux cas ont été traités par cet auteur suivant la même méthode. Tous ont supporté assez bien l'intervention, mais 15 d'entre eux sont morts ; un seul paraît guéri. Il s'agissait, il est vrai, de formes beaucoup plus graves que dans la première série. La mort est due 13 fois à l'asystolie, 2 fois à une embolie cérébrale. L'autopsie a toujours montré des lésions valvulaires multiples. Parmi les cas mortels, v. B. en retient 6, dans lesquels l'intervention a paru provoquer au moins une rémission, en déterminant une augmentation de l'appétit, une amélioration du sommeil, un arrêt des embolies, un relèvement de l'état général.

Bier et v. B. poursuivront donc leurs essais thérapeutiques, mais ils demandent à intervenir plus précocement, sur des malades moins gravement atteints, et ils se proposent de renouveler au besoin leurs cautérisations. J. Mouzon.

IL POLICLINICO [Sezione chirurgica] (Rome)

G. Montemartini (Sassari). ***Sur les rapports fonctionnels entre la rate et le foie : observations cliniques et expérimentales ; indications de la splénectomie*** (*Il Policlinico* [*Sezione chirurgica*], tome XXXVI, n° 2, 15 Février 1929). — L'importance physiologique de la rate se précise de plus en plus ; l'altération de sa structure et surtout de ses fonctions, les compressions consécutives à son augmentation de volume se manifestent par des troubles caractéristiques ; en particulier, l'action que la rate exerce sur le foie est importante. Ce rôle physiologique doit donc être connu et exploré avant que soit posée l'indication d'une splénectomie.

M. a étudié expérimentalement l'influence de la splénectomie sur les fonctions isolées du foie : fonction biligénique, échanges azotés, échanges des hydrates de carbone ; les animaux d'expérience étaient des chiens et des lapins. Cliniquement, il a fait les mêmes recherches après ablation de la rate pour splénomégalie paludéenne (2 cas), splénomégalie leucémique avec hépatomégalie (1 cas), échinococcose de la rate (1 cas).

Il en résulte que, quoique non indispensable à la vie (une action de suppléance étant exercée par tout l'organisme, et notamment par le foie, le rein, la moelle osseuse), la rate ne peut être enlevée que lorsque cette action de remplacement est susceptible d'agir avec toute son efficacité. Le foie surtout doit être examiné et l'intégrité de chacune de ses fonctions évaluée isolément.

Voici les conclusions d'ensemble de ce travail :

1° Les animaux splénectomisés présentent une diminution notable du poids du corps. Dans les premiers mois, les échanges azotés sont modifiés : augmentation de l'azote total et de l'azote uréique ; diminution de l'azote ammoniacal et des acides aminés ; augmentation du coefficient azoturique. Les échanges hydro-carbonés sont aussi altérés : augmentation du glycogène hépatique et de l'hyperglycémie alimentaire. Pas de modifications de la bilirubinémie. On peut donc affirmer l'existence d'une corrélation fonctionnelle entre foie et rate, cette dernière exerçant une fonction régulatrice sur les diverses fonctions hépatiques ;

2° Dans les 4 cas de splénectomie chez l'homme, on a pu constater 2 fois que, la suppression de la rate étant déjà virtuellement réalisée, l'action compensatrice du foie avait pu progressivement s'établir ; dans les 2 autres cas, on a relevé une notable augmentation et un retard de la courbe glycémique ;

3° Avant de pratiquer la splénectomie chez l'homme, il faudra donc explorer attentivement le fonctionnement hépatique et surveiller, notamment, les échanges azotés et hydrocarbonés. S'il y a altération notable, le sujet ne peut pas supporter la splénectomie.

André Guibal.

ANNALS OF SURGERY

(Chicago)

G. Jeff Miller (New-Orléans). ***Une étude de 343 cas chirurgicaux d'obstruction intestinale*** (*Annals of Surgery*, tome LXXXIX, n° 1, Janvier 1929). — 343 opérés d'obstruction intestinale — en éliminant les cas d'obstruction non mécanique (iléus post-opératoire par exemple) — ont donné une mortalité de 60,9 pour 100. La mortalité habituellement admise de 30 à 40 pour 100 est donc trop basse. Tous ces cas ont été observés pendant les 5 dernières années dans deux hôpitaux.

La principale cause de cette grande mortalité est le retard du diagnostic et du traitement dont sont responsables à la fois le malade, le médecin traitant et le chirurgien. Chaque heure de retard augmente la mortalité d'environ 1 pour 100. L'opération ne doit pas consister seulement à lever l'obstacle, mais aussi à parer aux altérations de la paroi intestinale et à combattre l'absorption des produits toxiques.

Dans 24,2 pour 100 des cas, il y avait eu une opération abdominale antérieure, et dans 16,9 p. 100 cette opération s'était passée dans les trois semaines précédentes.

Le début par phénomènes douloureux existait dans les 3/4 des cas. Le vomissement fécaloïde est un symptôme tardif et grave qu'on ne doit pas attendre : sur 45 malades qui le présentèrent, 35 moururent. L'arrêt complet des matières et des gaz n'existait que dans la moitié des cas. Le météorisme ne fut constaté au début que dans un tiers des cas; le péristaltisme visible est rare. La température au début est le plus souvent normale; sur 118 cas à température au-dessous de la normale, la mortalité fut de 71 pour 100; sur 90 à température élevée, elle fut de 72 pour 100. Sur 153 malades dont le pouls à l'admission était au-dessus de 100, la mortalité fut de 70 pour 100. Le sang montre une diminution des chlorures. La radiologie est de peu d'utilité.

La hernie est la cause la plus fréquente de l'occlusion (28 pour 100). Le grêle seul était intéressé dans 57,2 pour 100 des cas, et avec le cæcum (invagination) dans 19,7 pour 100.

La mortalité s'élève de 29 à 84 pour 100 suivant que le malade a été opéré de 12 heures à 96 heures après le début. Elle est plus en rapport avec l'état du malade qu'avec le procédé opératoire utilisé.

Contrairement à l'opinion courante, la mortalité est plus grande avec l'anesthésie locale (78,2 p. 100) qu'avec l'anesthésie rachidienne (69,7 pour 100) et surtout qu'avec l'anesthésie générale (50,3 pour 100), qui fut cependant souvent faite à l'éther. Cela peut tenir à la durée plus longue de l'opération (en moyenne 85 et 84 minutes dans les anesthésies locales et rachidiennes, 57 minutes dans l'anesthésie générale).

M. insiste sur l'utilité du lavage gastrique avant l'opération et du sérum sous-cutané ensuite.

M. Guimbellot.

D. C. Balfour et E. F. Henderson (Rochester). ***Tumeurs bénignes du duodénum*** (*Annals of Surgery*, tome LXXXIX, n° 1, Janvier 1929). — Les tumeurs bénignes du duodénum sont rares. A 11 cas recueillis dans la littérature B. et H. ajoutent 6 cas observés à la clinique Mayo.

Il y avait 3 hommes et 3 femmes, et l'âge variait de 22 à 50 ans. 2 des tumeurs étaient des myomes, 2 étaient des adénomes, 1 un polype adénomateux, 1 un hémangiome. Leur volume variait de 5 mm. de diamètre (pour le polype) à 7 cm. (pour l'hémangiome).

Dans tous les cas, sauf un, les symptômes cliniques semblaient bien dus à l'existence de la tumeur. Le signe le plus important fut l'hémorragie qui fut grave dans 4 cas sur 6; dans un cas cependant il fut prouvé qu'elle était due à d'autres causes. Dans 5 cas sur 6, il y avait quelques troubles de la digestion. 3 cas simulaient le tableau de l'ulcère typique; dans l'un d'eux un petit ulcère duodénal concomitant peut avoir produit ces symptômes; dans un autre sans ulcère, le temps écoulé depuis l'opération est trop court pour juger du rôle de la tumeur dans les symptômes. Dans aucun cas on ne perçut la tumeur à l'examen. Dans un cas seulement, il y avait une obstruction nette, ce qui contraste avec les tumeurs bénignes du reste du grêle, attirant d'abord l'attention par les accidents d'intussusception. Dans 3 cas la tumeur était ulcérée, dont 2 avec hémorragies graves.

Le diagnostic de tumeur bénigne ne peut être fait que par les rayons X; encore est-elle difficile à voir au cours de la traversée rapide du duodénum par le repas opaque. 2 cas furent diagnostiqués par ce moyen.

Aucun cas n'a été jusqu'ici rapporté montrant une dégénérescence maligne de la tumeur.

La tumeur a été enlevée opératoirement 5 fois par excision, 1 fois par pylorectomie, dans tous les cas avec guérison opératoire.

M. Guimbellot

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

(Chicago)

A. Abt et W. Bloom (de Chicago). ***La maladie de Niemann-Pick ou « histiocytose » lipoïdique essentielle, trouble du métabolisme des lipoïdes, d'origine congénitale, et s'accompagnant d'hépato-splénomégalie*** (*Journal of the American medical Association*, tome XC, n° 26, 30 Juin 1928). — Dès 1914, Niemann, le premier, décrivit une affection atteignant les enfants, se rapprochant cliniquement de la maladie de Gaucher; Pick montra ensuite qu'il s'agissait d'une entité pathologique particulière, nettement distincte de cette dernière affection. La maladie de Niemann-Pick fut étudiée par divers auteurs, et notamment, en France, par Corean, Oberling et Dienst (*Rev. Franç. Péd.*, tome III, p. 789, 1927).

Cliniquement, l'affection apparaît au cours de la première enfance, la mort survenant toujours rapidement. Elle se manifeste, un peu après la naissance, par un arrêt du développement physique et intellectuel, un état fébrile inexpliqué, une augmentation de volume notable de l'abdomen avec une hépato-splénomégalie considérable. Anatomiquement, la rate est de couleur saumonée, homogène à la section, le foie est jaune, diffluent, et présente l'aspect général de l'atrophie jaune aiguë telle qu'on l'observe dans les intoxications massives et notamment dans l'intoxication phosphorée. Histologiquement, les coupes montrent un aspect général à celui qui caractérise la maladie de Gaucher; au niveau du foie et de la rate, le parenchyme normal est remplacé par un amas de grosses cellules vacuolaires; les colorations électives, et notamment le Soudan III, montrent qu'elles ont formé des substances lipoïdiques du groupe de la cholestérine et de ses dérivés.

A. et B. rapportent au complet une observation très bien étudiée de cette curieuse affection.

Pierre-Noel Deschamps

L. Scott et G. Herrmann (de New-Orléans). ***Le béribéri « maladie des jambes » en Louisiane*** (*Journal of the American medical Association*, tome XC, n° 26, 30 Juin 1928). — S. et H. décrivent le béribéri, s'observant en Louisiane dans des régions de culture du riz et où le fond du régime est constitué par cet aliment. L'affection en question est connue dans ces régions sous le nom de *maladie des jambes* (en français dans le texte). Elle se manifeste par trois ordres de symptômes : des troubles cardio-vasculaires (notamment palpitations, dyspnée et surtout œdème); des troubles nerveux caractérisés essentiellement par une impotence fonctionnelle progressive des membres inférieurs (d'où le nom donné à la maladie); enfin des troubles gastro-intestinaux

On reconnaît là les symptômes essentiels du béribéri d'Extrême-Orient : celui-ci a pu d'ailleurs être observé en Louisiane chez des prisonniers soumis à une alimentation exclusive au riz, et l'allure générale de la maladie, dans les deux cas, s'est montrée sensiblement la même. S. et H. rapportent 3 observations de la maladie : les deux premières chez des sujets habitant les districts où se fait la culture du riz et la troisième chez un prisonnier. Dans ces 3 cas, ils ont suivi au moyen de tracés électrocardiographiques les progrès de la dégénérescence myocardique.

La conclusion de S. et H. est donc qu'on peut établir une identité complète entre la « maladie des jambes » de la Louisiane et le béribéri proprement dit.

Pierre-Noel Deschamps.

I. Starr (de Philadelphie). ***Modifications dans la réaction de la peau à l'histamine comme preuve d'un trouble circulatoire au niveau des extrémités*** (*Journal of the American medical Association*, tome XC, n° 26, 30 Juin 1928). — L'injection intradermique d'histamine détermine une réaction locale liée à une vaso-dilatation des capillaires et des artérioles. Aussi Lewis a-t-il eu l'idée que la netteté de cette réaction pourrait être un test de l'état de la circulation au niveau des extrémités; l'expérience montre, en effet, que, dans les cas où celle-ci est déficiente, la réaction est incomplète ou même absente. La technique employée par S. consiste à déposer sur la peau une goutte d'une solution d'histamine à 1 pour 1.000, et à piquer à ce niveau les téguments au moyen d'une fine aiguille. A l'état normal, la réaction apparaît en moyenne au bout de 2 minutes 1/2, et elle est complète au bout de 5 minutes. Elle est retardée, diminuée dans son étendue ou incomplète en cas de troubles circulatoires, soit d'ordre général, soit d'ordre local, chez des sujets présentant, par exemple, une obstruction mécanique des vaisseaux d'un membre ou encore chez certains diabétiques où la détermination de l'importance du débit sanguin par mesure calorimétrique montre une diminution de celui-ci. L'exposition d'un membre au froid fait également apparaître des modifications de la réaction à l'histamine.

Pierre-Noel Deschamps.

W. Meninger (de Topeka). ***Exanthème causé par le luminal*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCI, n° 1, 7 Juillet 1928). — M. rapporte 3 observations d'exanthème du luminal recueillies parmi 400 sujets traités par ce médicament. A ce propos, il étudie, d'après ses cas personnels et ceux qu'il a recueillis dans la littérature, les caractères de cette affection. La dose du médicament ayant provoqué l'éruption est très variable suivant les cas, depuis 30 centigr. jusqu'à 17 gr. Il faut distinguer deux ordres de faits : une éruption précoce, de type urticarien, survenant, en général, dès le début de l'administration du médicament, et qui présente les caractères des réactions d'anaphylaxie; une éruption de nature toxique, d'apparition plus tardive, qui revêt les caractères d'un érythème morbilliforme ou scarlatiniforme. Ce dernier type d'exanthème dure en moyenne de 2 à 10 jours, puis disparaît sans laisser de traces. Il s'accompagne, fréquemment, d'une poussée fébrile et parfois même de signes généraux plus ou moins marqués. M. insiste, en terminant, sur la grande rareté relative de cet accident, qui s'observe dans une très faible proportion par rapport à la fréquence de l'emploi du luminal et corps similaires en thérapeutique.

Pierre-Noel Deschamps.

L. Ziegler (de Rochester). ***Quel est l'avenir des encéphalitiques?*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCI, n° 3, 21 Juillet 1928). — Z s'efforce, dans ce travail, de préciser l'évolution éloignée de l'encéphalite épidémique, les modalités de la guérison, l'avenir fonctionnel de ces sujets, et d'édicter des règles de traitement après la fin de la période aiguë. A cet effet, il adressa un questionnaire à 754 malades de la clinique Mayo ayant présenté des symptômes indiscutables d'encéphalite épidémique.

Dans la très grande majorité, les cas qui ne sont pas rapidement mortels sont suivis de séquelles, ou

plutôt, comme y insiste Z., de manifestations d'encéphalite prolongée. Les cas de guérison complète sont rares; mais parfois, au stade de parkinsonisme, l'évolution peut rester stationnaire pendant un temps très prolongé, et le malade reprendre plus ou moins ses occupations.

Z. a vu, dans certains cas, se développer des psychoses, et même le tableau typique d'une démence précoce.

En ce qui concerne les rapports de l'encéphalite et de la puerpéralité, Z. remarque que, sur 4 femmes enceintes au moment de leur encéphalite, une seule avorta. Une proportion importante de femmes menèrent ultérieurement à bien une ou plusieurs grossesses. Des migraines rebelles, une diplopie persistante sont de constatation assez fréquente.

De l'ensemble de la statistique de Z., il résulte un taux de mortalité de 13,2 pour 100 et un taux de guérison parfaite de 1,3 pour 100, en ne comprenant que les guérisons se maintenant au bout de 5 ans 1/2. Mais, si l'on envisage la capacité de travail, on voit que, sur l'ensemble des 752 malades étudiés, 15 pour 100 sont capables de faire régulièrement un métier et 15 p. 100 peuvent travailler. Enfin la guérison peut survenir même chez des malades atteints de formes graves, et ayant présenté des séquelles, à l'exception toutefois du syndrome parkinsonien, qui, s'il peut être arrêté dans son évolution, ne rétrocède qu'exceptionnellement.

Au point de vue thérapeutique, c'est avec la scopolamine que Z. a obtenu les résultats les meilleurs. Le cacodylate de soude ne paraît avoir qu'une valeur tonique.

Z. a essayé l'usage d'un vaccin préparé avec des streptocoques isolés chez des sujets atteints d'encéphalite, mais celui-ci ne lui a pas donné de meilleurs résultats que les autres procédés thérapeutiques.

Pierre-Noel Deschamps.

W. Middleton (de Madison). ***L'action érythropoïétique de l'opothérapie hépatique dans les différentes formes d'anémie*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCI, nº 12, 22 Septembre 1928). — Dans cette revue d'ensemble, complétée d'observations personnelles, M. retrace tout d'abord l'historique de la mise en œuvre de l'opothérapie hépatique dans les anémies. Il rappelle en même temps la pathogénie invoquée par Minot et Murphy pour expliquer ces faits. Suivant ces auteurs, le foie sécréterait normalement des substances favorisant la maturation des mégaloblastes dans la moelle osseuse et leurs transformations en érythrocytes, et c'est la déficience de ces substances qui serait la cause de l'anémie pernicieuse, celle-ci se présentant essentiellement comme un *trouble de l'érythropoïèse*.

M. a employé soit le régime complet de Murphy, soit l'ingestion de foie frais, chez 20 malades atteints d'anémie. Chez tous, il a obtenu une ascension rapide du chiffre des globules; dans tous les cas, la poussée globulaire s'est trouvée précédée d'une plaquettose très nette, d'une véritable réaction hématoblastique dont la présence est nécessaire pour que l'amélioration se produise : c'est là le point essentiel sur lequel insiste M.

Chez 10 sujets, également atteints d'anémie pernicieuse, M. a utilisé, non plus le foie total, mais l'extrait hépatique. Chez 9 d'entre eux, il a obtenu une rémission rapide et considérable, toujours précédée, ici encore, d'une poussée myélocytique.

D'autre part, M. a traité par le foie total ou l'extrait de foie 40 cas d'anémie secondaire ou symptomatique. 14 de ces sujets seulement ont réagi au traitement; ici encore, la plaquettose prémonitoire avait précédé la régénération globulaire : il semble donc que cette apparition des myélocytes, qui représente une poussée passagère de ces cellules dans le sang circulant, soit nécessaire pour que l'amélioration se produise, et possède par conséquent une grande valeur pronostique. De l'avis de M., la question des effets de l'opothérapie hépatique dans les anémies *secondaires* est loin d'être encore au point et représente un problème qu'il serait important d'élucider; peut-être n'est-il pas indifférent de traiter par l'ingestion de foie toutes les formes d'anémies graves; il faudrait donc arriver à faire une discrimination entre les formes qui doivent réagir à la thérapeutique et celles où elle doit, de toute vraisemblance, rester inefficace.

Pierre-Noel Deschamps.

G. H. Whipple (de Rochester). ***L'anémie expérimentale et les anémies humaines dans leurs rapports avec les facteurs diététiques*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCI, nº 12, 22 Septembre 1928). — W. fait une étude d'ensemble des effets de divers régimes et de certains corps chimiques dans l'anémie expérimentale et dans les anémies humaines; ce travail représente en somme un résumé de ses travaux, ainsi que de ceux des auteurs américains (en particulier, Minot, Murphy et Cohn, qui, depuis quelques années, ont étudié cette question).

a) Au point de vue expérimental, W. a classé les diverses substances alimentaires d'après leur pouvoir de régénération de l'hémoglobine au cours d'une anémie prolongée provoquée chez le chien par des saignées successives.

C'est le foie qui, comme on le sait, tient à ce point de vue la première place; le rein joue un rôle presque aussi important; certains fruits, tels que les abricots et les pêches, ont un pouvoir régénérateur de l'hémoglobine indubitable, mais qui, cependant, reste moindre de celui du foie.

Les extraits hépatiques ont été étudiés par W. dans l'anémie expérimentale des animaux saignés; leur efficacité est loin d'avoir la valeur de celle du foie total; aussi W. tend-il à admettre que, dans l'action de l'opothérapie hépatique sur les anémies, intervient un complexe de substances diverses et non pas une seule substance active. Il serait donc intéressant d'étudier, pour chaque forme d'anémie, l'action d'extraits de foie ou de rein préparés de façon différente.

b) L'action du fer est très variable : il peut se montrer inactif dans certaines anémies et très efficace dans d'autres. Le mécanisme de son action apparaît d'ailleurs comme très complexe; il paraît certain qu'il ne s'agit pas d'un simple remplacement molécule par molécule du fer faisant défaut dans l'hémoglobine.

c) Un point sur lequel insiste W., c'est la capacité que présentent les animaux anémiés de conserver dans leur organisme l'hémoglobine d'origine exogène, ce qui se traduit par un afflux d'hématies de nouvelle formation dans le sang circulant. Quand l'hémoglobine est introduite par voie intraveineuse, 90 p. 100 de celle-ci reparaît dans le sang, et 10 pour 100 seulement quand elle est introduite *per os*.

d) L'anémie pernicieuse, suivant W., est jusqu'à un certain point une maladie par carence, dans laquelle il y a carence de substances qui entrent dans la constitution du stroma globulaire, ou encore trouble du processus physiologique d'édification de ce dernier; il ne semble pas qu'il faille faire intervenir l'hypothèse d'un facteur toxique à son origine.

Pierre-Noel Deschamps.

R. West et E. Nichols (de New-York). ***Les extraits hépatiques dans l'anémie pernicieuse*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCI, nº 12, 22 Septembre 1928). — W. et N. ont étudié l'action de divers extraits hépatiques sur l'anémie pernicieuse.

Le premier qu'ils ont étudié était un extrait alcoolique à 60 pour 100 évaporé jusqu'à siccité et soumis à l'action de l'alcool absolu et de l'éther. Cet extrait, donné à la dose quotidienne de 10 à 12 gr., s'est montré actif chez des sujets atteints d'anémie pernicieuse.

En second lieu, la poudre ainsi obtenue a été dissoute dans l'eau, puis précipitée par le sulfhydrate d'ammoniaque; le précipité s'est montré inactif, mais le filtrat, à la dose de 1 gr. 60 par jour, a fait monter chez un malade le chiffre des globules rouges de 1.400 000 à 2.700.000 en 10 jours, en même temps que le chiffre des plaquettes s'élevait à 380.000 par millimètre cube.

W. et N. ont employé également l'extrait de foie Eli Lilly, préparé suivant la méthode de Cohn, et repris par l'acide phosphotungstique à la dose de 4 gr. 50 par jour; cet extrait a élevé le chiffre des hématies de 2 à 3 millions par millimètre cube, en 11 jours, en même temps que le chiffre des plaquettes atteignait 360.000.

Pierre-Noel-Deschamps.

J. Kennedy (de Rochester). ***Les indications de la splénectomie en pathologie infantile*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCI, nº 12, 22 Septembre 1928). — Le présent travail est basé sur l'étude de 36 enfants opérés à la clinique Mayo depuis 1920. Dans 18 cas il s'agissait d'ictère hémolytique, de purpura dans 10 cas, d'anémie splénique dans 7 cas; dans 1 cas enfin, le diagnostic pré-opératoire n'avait pu être exactement précisé.

Dans les 18 cas d'ictère hémolytique, l'intervention fut suivie de guérison.

Pour les 10 cas de purpura observés, dans 7 d'entre eux il s'agissait de thrombopénie et tous les malades guérirent après l'intervention. Dans un cas, le chiffre des plaquettes était resté élevé; l'intervention eut également un succès complet. Les deux derniers cas enfin répondaient à des syndromes plus complexes et dans l'un d'eux, la splénectomie fut suivie de mort.

Quant aux cas d'anémie splénique (qui représentent, suivant K., des faits mal classés), ils furent observés au nombre de 7. La splénectomie pratiquée chez ces sujets, dont l'âge s'échelonnait de 6 mois à 10 ans, fut constamment suivie d'une amélioration rapide du syndrome anémique. K. rapporte en détail l'une des observations de la dernière catégorie, où on vit l'anémie s'accompagner d'ascite et d'une splénomégalie très considérable, qui fut interprétée comme une « splénite chronique » d'origine infectieuse, avec cirrhose du foie consécutive.

Ici encore, la splénectomie amena une amélioration rapide. K. insiste, en terminant, sur la nécessité de pratiquer des splénomégalies précoces, si l'on veut avoir de bons résultats opératoires.

Pierre-Noel Deschamps.

SURGERY
GYNECOLOGY AND OBSTETRICS
(Chicago)

H. L. Kretschmer (Chicago). ***Tuberculose épididymaire : revue critique basée sur l'étude de 94 cas*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, tome XLVII, nº 5, Novembre 1928). — Il s'agit dans ce travail, avant tout, d'une étude statistique.

L'âge des sujets atteints de tuberculose de l'épididyme a varié de 17 ans à 65 ans : mais c'est de 20 à 40 ans qu'on l'observe surtout (70 pour 100).

Au sujet du rôle des traumatismes, 30 fois il en était invoqué un; 47 cas n'en comportaient pas; 17 cas ne donnent pas de renseignements. Sur 45 cas examinés à ce point de vue, 5 fois la réaction de Wassermann était positive; mais l'examen histologique a montré qu'il s'agissait bien de tuberculose. 27 malades avaient eu une blennorragie et 25 une épididymite blennorragique; il est possible toutefois qu'il y ait eu parfois confusion avec une tuberculose au début.

Dans 15 cas, on a trouvé des antécédents tuberculeux extrapulmonaires dont 11 fois dans le rein. Dans 75 cas, l'examen clinique ou radiologique a révélé l'existence d'une tuberculose pulmonaire en activité ou guérie; sur 85 cas où le toucher rectal a été pratiqué, dans 70 cas on a trouvé des lésions de la prostate ou des vésicules.

37 fois le côté opposé a été secondairement envahi; 4 fois le 2e côté était déjà envahi au premier examen; dans 48 cas il n'y a pas eu d'envahissement du côté opposé; sur les 37 cas 15 fois l'envahissement du 2e testicule se fit dans les 6 premiers mois et 17 fois plus tard.

48 fois le testicule droit était envahi; 47 fois le gauche et 4 fois les deux.

La douleur est un symptôme habituel, siégeant ordinairement sur le testicule; dans 16 cas elle était rapportée au cordon et 8 fois aux reins.

Dans 43 cas il n'existait pas de troubles urinaires. Les troubles les plus habituels sont : pollakiurie (42), hématurie (23), brûlures (22), dysurie (21).

L'analyse de l'urine a révélé du pus dans 72 cas, de l'albumine dans 39 cas et des globules rouges dans 23 cas.

Dans 30 cas il s'est développé un abcès, il y a eu fistule scrotale dans 33 cas. Dans 63 cas où l'état du canal déférent est noté, 55 fois il était envahi.

Résultats éloignés : 16 morts, presque toujours par tuberculose méningée (5), pulmonaire (4), généralisée (2), chez les sujets opérés, généralement dans les 4 premières années, surtout les 2 premières (78 patients opérés).

Chez les sujets non opérés 10 morts : généralisation (3), méningite (2), avec survie généralement inférieure à 3 ans.

M. Guibé

Harvey Cushing (Boston). ***Electro-chirurgie comme adjuvant dans l'ablation des tumeurs intra-craniennes*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, tome XLVII, nº 6, Décembre 1928). — Depuis 2 ans que C. a commencé à employer l'électricité dans la chirurgie cranio-cérébrale, il a pratiqué 547 opérations pour tumeurs cérébrales Quoique pour quelques-unes de ces opérations, les méthodes électriques ne fussent pas essentielles, il en est peu d'entre elles, même quand aucune tumeur n'a été trouvée, où ces méthodes n'aient pas été employées avec avantage.

Le courant a été employé même dans des conditions aussi peu importantes que pour pratiquer l'hémostase des veines méningées déchirées dont le saignement persistant lasse souvent la patience du chirurgien, des points saignant avec persistance à la face inférieure de l'os rabattu avant de le remettre en place ou sur la tranche de section de la dure-mère.

Sans doute on peut arriver au même résultat avec les implantations de muscle, la cire, etc., et il n'est pas, actuellement, encore possible de rejeter tous ces procédés ; mais les méthodes électriques arrivent habituellement au même résultat plus rapidement.

Dans cet article sont publiées avec détails, figures, etc., 11 observations de tumeurs cérébrales opérées

Le 1er cas concerne un volumineux myélome des os du crâne très vasculaire, très facilement enlevé, avec guérison.

Le 2e est un volumineux méningiome de la fosse olfactive; guérison.

Le 3e concerne un méningiome symétrique de la fosse olfactive, extrêmement volumineux, qui fut incomplètement enlevé après une opération de 9 heures : le lendemain il fallut réintervenir parce que le lambeau bombait, et enlever par aspiration une quantité suffisante de tumeur infiltrée pour rétablir la tension normale, mais il se reproduisit une hémorragie importante qui emporta le malade malgré une transfusion.

Le 4e cas est un méningiome symétrique de la fosse olfactive. L'opéré mourut, au bout de 2 mois, d'épendymite suppurée à staphylocoques, consécutive à un peu d'infection de la plaie cutanée. La convalescence avait d'ailleurs été compliquée par une crise de diabète insipide et une brûlure électrique étendue de l'abdomen par électrode négative mal appliquée

Le 5e cas est un méningiome développé au-dessous de la tente du cervelet, pesant 60 gr., qui remplissait presque la fosse cérébrale postérieure. Guérison, malgré une tendance temporaire de la cavité à se remplir de liquide xanthrochromique qui nécessita une ponction post-opératoire.

Le 6e cas est un méningiome de la partie inférieure de la scissure de Sylvius associé à des convulsions contralatérales à type jacksonien commençant par la face. Au cours de l'ablation, deux crises de convulsions furent provoquées par la coagulation de vaisseaux méningés. L'opération dura 7 heures et la malade guérit.

Le 7e cas est un volumineux hémangioblastome capillaire du 4e ventricule. Dans un premier temps, la tumeur fut carbonisée pour réduire son volume; dans une deuxième séance, au bout d'une semaine, la tumeur fut de nouveau cautérisée; il fut alors possible d'attirer la tumeur au dehors en mettant à nu le plancher dilaté du 4e ventricule : la tumeur fut enlevée après section de son pédicule juste au-dessus du calamus.

Après une bonne journée, le malade succomba le lendemain matin par suite de troubles respiratoires.

Le 8e cas est un volumineux hémangiome occupant une grande partie de la fosse cérébelleuse droite. En présence de l'impossibilité de l'ablation de la tumeur, on se résolut à la dessécher et à la coaguler, en une séance de 7 heures, avec trois transfusions. Guérison avec mort, 7 mois plus tard, de cause inconnue.

Le 9e cas est un volumineux gliome sous-cortical de type relativement bénin (astrocytome) : ablation partielle ; il fallut laisser dans la profondeur une partie de la tumeur à cause de l'hémorragie (1924). En 1927, nouvelle intervention : on trouve un gros kyste du lobe temporal contenant au moins 300 cmc de liquide xanthochromique; évacuation sur le plancher du kyste d'une masse solide, récidive de la tumeur, de la grosseur d'un œuf de poule. Ablation facile de la tumeur en deux parties à l'aide du courant déshydratant. Le ventricule est largement ouvert. Guérison.

Le 10e cas concerne un enfant de 8 ans, avec hydrocéphalie secondaire et syndrome cérébelleux; on découvre une tumeur médiane fortement vascularisée : biopsie et traitement par les rayons X qui amène une notable amélioration. Au bout de 6 mois ablation de la tumeur avec ouverture du 4e ventricule. Guérison.

Le 11e cas concerne une tumeur de l'acoustique ou ponto-cérébelleuse volumineuse. Dans un premier temps, on se contenta de mettre la tumeur à nu, mais, les accidents respiratoires s'aggravant, on rouvrit la plaie sans tarder. Dès ce moment, l'état s'améliora, les troubles étant dus à la compression par l'hémisphère cérébelleux œdémateux et infiltré. On réséqua alors un large croissant de l'hémisphère, ce qui se fit très facilement et sans hémorragie grâce au courant déshydratant. La tumeur, maintenant bien exposée, fut excavée à l'anse électrique jusqu'à ce qu'elle fût suffisamment réduite pour permettre d'extraire la partie antérieure de la tumeur qui s'enfonçait le long du pont de Varole dans l'ouverture de la tente du cervelet. Amélioration immédiate avec guérison complète rapide.

M. Guibé.

ENDOCRINOLOGY

(Los Angeles)

A. W Rowe et Ch. H. Lawrence. ***Etudes sur les glandes endocrines*** : 2) ***l'hypophyse*** (*Endocrinology*, tome XII, nº 3, Juin 1928). — Dans un précédent article (V. *La Presse Médicale*, Analyses, 1928, p. *127*), R. a donné une technique générale et indiqué toute une série de critères objectifs pour reconnaître les troubles des fonctions endocriniennes et déterminer la glande atteinte en particulier. C'est cette méthode que R. et L. ont appliquée chez un millier de sujets suspects de troubles endocriniens. Ils ont pu ainsi isoler 400 cas de troubles hypophysaires primitifs, soit hyperfonctionnement, soit hypofonctionnement, soit dysfonctionnement de la glande.

Une telle étude basée sur des résultats numériques multiples (mensurations physiques, capacité vitale, analyses d'urine, chimisme sanguin, morphologie du sang, détermination du métabolisme, épreuves d'utilisation des hydrates de carbone, etc.) se prête mal à une analyse. Mais elle intéressera les cliniciens qui s'occupent d'endocrinologie, auxquels elle procurera des données statistiques de valeur.

Une série importante d'observations groupées d'après les symptômes caractéristiques termine ce gros travail.

L'opothérapie spécifique administrée en stricte conformité avec le diagnostic établi a semblé efficace chez un grand nombre de malades, amenant à la fois une amélioration des signes cliniques et le retour à la normale des résultats de laboratoire sur lesquels le diagnostic avait été basé.

P.-L. Marie.

J. M. Evvard. ***Symptômes du déficit en iode et leur importance dans la nutrition et dans la pathologie des animaux*** (*Endocrinology*, t. XII, nº 5, Octobre 1928). — L'iode joue un rôle essentiel dans la thyroïde et dans le métabolisme des animaux domestiques. Si le goitre exophtalmique est d'une exceptionnelle rareté chez eux, le goitre endémique est très répandu, surtout chez le porc et chez le mouton, moins chez la chèvre, le cheval et le bœuf, et il cause de lourdes pertes aux éleveurs des Etats-Unis, en particulier dans certains Etats situés loin de la mer et ne présentant que de rares chutes de pluie (région des grands lacs, plaines du Nord) où l'on retrouve d'ailleurs la même proportion élevée de goitres chez l'homme.

Les symptômes du déficit en iode ont été surtout étudiés chez le mouton et le porc, très fréquemment atteints. Si le goitre est le plus frappant, il faut mentionner aussi l'absence plus ou moins complète de poils qui chez les porcs nouveau-nés s'accompagne d'une hyperplasie thyroïdienne insuffisante pour être perceptible à l'extérieur, d'une asthénie prononcée se traduisant par la chute des paupières et des oreilles, de difficulté de la station debout liée à de la contracture des tendons fléchisseurs des membres antérieurs et à de l'extension des membres inférieurs, d'un épaississement de la peau et d'une mortalité précoce élevée. Histologiquement on trouve en général des lésions de dégénérescence de la thyroïde; le cœur est souvent dilaté et présente de la dégénérescence graisseuse. Chez les porcs nés avec une simple diminution des poils et qui ont pu être élevés, les symptômes du déficit en iode se montrent souvent après la mise bas; on note de la diarrhée, de l'anorexie, du ralentissement de la croissance, de la rudesse des poils; l'administration d'iode aux truies gravides améliore cet état et la portée en bénéficie également. Le crétinisme congénital est assez fréquent chez le porc et n'est guère influençable par l'iode.

L'hiver favorise l'apparition des signes de l'insuffisance en iode de même que la gestation.

E. a fait des expériences soigneusement contrôlées sur l'effet de l'administration d'iode aux animaux de régions assez dépourvues de ce corps.

Il a constaté chez les porcs auxquels il donnait de l'iodure de potassium un développement plus grand de la taille et du poids ainsi qu'une utilisation meilleure et plus économique de la nourriture, en l'absence de tout symptôme perceptible d'état goitreux. Il suffit de donner 0 gr. 007 à 0 gr. 05 d'iodure par porc et par jour pour obtenir un gain de poids quotidien de 10 pour 100 plus grand que chez les témoins et pour économiser 10 pour 100 de la nourriture par unité d'augmentation de poids obtenue.

L'administration d'iode aux brebis pendant la gestation a empêché le goitre chez les petits, mais un excès d'iode peut avoir une influence nuisible, particulièrement en diminuant la résistance des jeunes à l'égard de la septicémie hémorragique dans une forte proportion. L'addition d'iodure à la ration des brebis pendant la gestation détermina la réduction des dimensions de la thyroïde des petits dont la teneur en iode augmenta par contre. Les doses les plus faibles (0 gr. 003 par jour) semblent les plus propices pour enrichir la thyroïde en iode; des doses supérieures à 0 gr. 013 sont bien moins efficaces. L'iode de la thyroïde ne représente qu'une infinitésimale partie du poids total des agneaux nouveau-nés (1/6.037.360 chez les animaux non soumis à l'iodure, 1/3.670.900 chez les autres).

P.-L. Marie.

Leucémie myéloïde

Représente la forme la plus fréquente des leucémies chroniques et s'observe surtout chez l'homme entre 30 et 50 ans.

Se caractérise cliniquement par un symptôme essentiel : *la splénomégalie*, souvent considérable, à laquelle s'associe une atteinte plus ou moins profonde de l'état général, et, au point de vue hématologique, par deux signes cardinaux : *une augmentation énorme du nombre des globules blancs* (200.000 à 500.000 et même davantage) et la *présence. en grande abondance, d'éléments anormaux* (*myélocytes* et *polynucléaires neutrophiles*).

Aucun traitement n'a d'action sur la cause encore indéterminée de la maladie.

Hygiène thérapeutique.

Indispensable et adjuvant utile.

Repos au grand air, suppression de tout surmenage physique et intellectuel, alimentation substantielle et réparatrice, l'hydrothérapie prudemment appliquée. Eviter les refroidissements et toute possibilité de contagion des maladies infectieuses.

Traitement médicamenteux.

Efficacité contestable et, en tout cas, inconstante.

L'arsenic à haute dose (arsénobenzol, atoxyl), *la quinine*, *le fer*, *l'opothérapie splénique* ou *médullaire* ont donné quelques résultats transitoires.

Les injections de *toxines microbiennes*, de *sérums leucolytiques*, les injections intraveineuses d'*électrargol* ont été aussi préconisées.

De même, les caux minérales chlorurées-sodiques ou iodurées-sodiques ou iodurées ne donnent guère de véritables améliorations. Une cure à la Bourboule peut être utile en raison de l'arsenic.

Méthodes modernes.

Exigent un contrôle hématologique souvent répété.

1° Radiothérapie, méthode de choix. L'irradiation principale est celle de la rate, mais doit aussi porter sur la moelle osseuse par applications sur le sternum, les côtes, les vertèbres et les épiphyses des os longs. La meilleure technique semble être celle des doses massives et espacées d'un rayonnement pénétrant.

Résultats immédiats excellents : l'état général s'améliore notablement ; la tumeur splénique se réduit progressivement et, en quelques semaines, la rate reprend son volume normal ; les modifications hématologiques, suivies par des examens de sang répétés, montrent une augmentation progressive des hématies et de l'hémoglobine en même temps qu'un retour progressif du chiffre des globules blancs à son taux normal et une disparition des myélocytes.

La durée des rémissions est de quelques mois. La reprise du traitement amène une nouvelle accalmie. Peu à peu, la radiothérapie devient inopérante. Elle a ainsi donné des survies de sept à huit ans.

Certains auteurs ont récemment associé avec succès à la radiothérapie la méthode de Whipple et estiment que cette méthode est susceptible de prévenir ou de combattre l'anémie que provoquent les irradiations pénétrantes.

2° Curiethérapie, préconisée en 1913 par Rénon et Degrais, a une action semblable aux rayons X, d'une efficacité puissante et très rapide. On applique le radium sur la rate à dose massive pendant quarante-huit heures. Il semble préférable d'espacer les irradiations le plus possible et d'utiliser chaque fois de très fortes doses.

Effets immédiats excellents sur l'état général, la rate et la formule sanguine. A la longue, l'efficacité s'épuise. Survies de quatre à six ans.

3° Benzolthérapie a l'avantage de la simplicité. Au milieu de chacun des deux repas, XXX gouttes de benzol purifié dans du sirop, du lait ou du vin (Aubertin) ou bien un lavement avec de l'huile. Après quelques jours, ajouter XXX gouttes au petit déjeuner et continuer ainsi pendant quinze jours. Suspendre huit jours et reprendre encore pendant quinze jours. Si le premier traitement a provoqué une chute leucocytaire, donner seulement LX gouttes par jour, sinon reprendre XC et aller même jusqu'à C et CXX gouttes. Continuer ainsi par périodes de quinze jours, puis de huit jours, séparées par huit jours de repos. Suspendre la médication quand le chiffre des globules blancs sera voisin de 20.000.

On peut aussi donner le benzol en capsules :

Benzol chimiquement pur . . . . } àà 0 gr. 50
Huile d'olives . . . . }

En capsules de gélatine ; deux après chaque repas, 1 à 5 fois par jour.

Parfois, améliorations très rapides, mais aussi échecs. A donné de grandes améliorations dans des cas où les rayons X avaient été inefficaces.

L'intolérance au benzol se traduit par des vomissements, de la diarrhée, l'albuminurie, des hémorragies et la chute du taux des hématies.

4° Thorium X actif, sans toxicité, en injections sous-cutanées par séries de 5 à 7 injections hebdomadaires consécutives, aux doses de 200, 300, 400, 500 microgrammes. Sous leur influence, chute rapide du taux leucocytaire, disparition des myélocytes, réduction considérable et rapide de la rate. Son action sur la formule sanguine se poursuit longtemps après la fin du traitement. Peut être employé seul ou associé à la radiothérapie.

Traitement chirurgical

Désastreux et formellement contre-indiqué pour la majorité des auteurs.

René Mignot.

Vaccination antituberculeuse de Calmette par voie sous-cutanée

L'ingestion du virus-vaccin BCG par la voie buccale comme moyen de prémunition contre la tuberculose est efficiente chez le nourrisson pendant les dix premiers jours de sa vie, parce que l'intestin à cet âge est facilement perméable aux microbes et aux antitoxines. Mais ce mode d'administration n'est plus utilisable chez l'enfant qui a dépassé l'âge de dix jours et a fortiori *chez l'adolescent et chez l'adulte, parce que la muqueuse intestinale ne se laisse plus traverser que par quelques rares éléments microbiens. C'est pourquoi plusieurs auteurs ont poursuivi des essais de vaccinations par la voie sous-cutanée, chez les bovidés, puis chez l'homme aux différents âges, chez le nourrisson, chez le jeune enfant et chez l'adulte. Les résultats s'étant montrés favorables, l'Institut Pasteur a décidé de délivrer, aux médecins familiarisés avec la pratique des épreuves tuberculiniques, des doses de virus-vaccin BCG destiné aux vaccinations par voie sous-cutanée (BCG-SC.).*

Le vaccin BCG pour injection sous-cutanée (BCG-SC.) est délivré, sur la demande des médecins adressée à l'Institut Pasteur, en ampoules contenant chacune 2 cmc d'émulsion vaccinale, soit un vingtième de milligramme de BCG, et sur la boîte est indiquée la date-limite de l'utilisation du contenu.

Indications. — Cette méthode vaccinale n'est utilisable que chez les sujets ne réagissant pas à la tuberculine ; elle est inoffensive chez ceux déjà sensibilisés par le bacille et présentant par conséquent des réactions positives ; mais, comme dans ces cas elle serait inefficace, ses échecs, s'ils étaient mal interprétés, pourraient porter préjudice à son application.

Pour s'assurer que le sujet à vacciner ne réagit pas à la tuberculine, on pratiquera deux cuti-réations de Pirquet à une semaine d'intervalle, ou mieux une intradermo-réaction de Mantoux.

Les sujets susceptibles de bénéficier de la méthode sont :

1° Les enfants ou adolescents, ayant été autrefois vaccinés par voie buccale, et qui, à l'âge de 1 an, de 3 ans, de 7 ans et de 15 ans, ont une réaction tuberculinique négative, ce qui témoigne de la perte du bénéfice de la vaccination initiale et de l'utilité d'être revaccinés.

2° Les enfants, adolescents et adultes — autres que les nouveau-nés, âgés de moins de 10 jours — qui n'ont pas été antérieurement vaccinés par voie buccale et qui ne réagissent pas à la tuberculine ; l'absence de réaction tuberculinique dans ces cas démontre que le sujet n'a pas encore été sensibilisé par le bacille et que par conséquent la vaccination sera chez lui efficiente.

Technique. — Après avoir pris les précautions aseptiques d'usage, on injecte sous la peau du dos, à un travers de doigt en dedans du bord axillaire de l'omoplate, une dose d'émulsion vaccinale (BCG.-SC). qui sera de 1 cmc (soit un quarantième de milligr. de BCG) aux enfants au-dessous de 7 ans et de 2 cmc (soit un vingtième de milligr. de BCG) aux enfants âgés de plus de 7 ans et aux adultes.

On aura soin, avant de pratiquer cette injection, qui suffit pour réaliser la vaccination, d'agiter fortement l'ampoule avant d'aspirer l'émulsion vaccinale avec la seringue, la présence de grumeaux favorisant la formation d'abcès.

Suites. — Après l'injection vaccinale, il ne se produit ni douleur locale, ni élévation de la température ; cependant, on constate quelquefois au niveau de l'injection, au bout de quatre à huit semaines, la présence d'un petit abcès froid, qui évolue sans provoquer de douleur et que l'on ponctionne avec une seringue de Pravaz, dès qu'il est devenu fluctuant ; sa cicatrisation a lieu sans autre traitement au bout de quelques semaines.

Précautions. — Les sujets vaccinés doivent, pendant un mois, être mis aussi rigoureusement que possible à l'abri de la contagion tuberculeuse, l'immunité ne s'établissant qu'après ce délai. Si cette précaution n'était pas prise, l'échec qui pourrait se produire ne serait pas imputable à la méthode.

Enfin il est recommandé au médecin, qui a pratiqué la vaccination, de remplir la notice qui accompagne chaque envoi d'ampoules d'émulsion vaccinale et de la renvoyer au Laboratoire de la tuberculose de l'Institut Pasteur.

G. Poix.

REVUE DES JOURNAUX

ARCHIVES DE MEDECINE DES ENFANTS
(Paris)

L. Morquio (Montevideo). ***Sur la péritonite plastique serpigineuse*** (*Archives de Médecine des Enfants*, tome XXXI, n° 4, Avril 1929). — Il y a une dizaine d'années, à propos de 4 cas personnels, M. a décrit une forme particulière de péritonite, d'origine variable, à laquelle il a donné le nom de *péritonite plastique serpigineuse*. Il en apporte aujourd'hui 2 observations nouvelles.

C'est un état péritonéal caractérisé par des plastrons de diverses formes et de différentes dimensions qui cheminent dans le ventre en parcourant les différentes régions, prédominant tantôt d'un côté, tantôt de l'autre et s'accompagnant de symptômes superficiels et profonds. Les plastrons progressent par continuité ou à distance. Dans un point quelconque apparaît une tuméfaction de caractère aigu, mais, quand elle semble aller à la suppuration, elle s'arrête et entre en régression complète ou presque complète ; puis, au bout de quelques jours, il se produit une nouvelle poussée et cela se répète plusieurs fois jusqu'à la guérison définitive. D'autres fois, la tuméfaction péritonéale se forme dans une région différente, qui n'a pas été touchée encore, d'une manière isolée ou simultanément, pour suivre la même évolution.

Les phénomènes locaux se caractérisent encore par les sensations de résistance et de douleur qui sont propres à un état inflammatoire. 2 des malades de M. ont présenté des phénomènes d'obstruction intestinale, grave et prolongée dans le premier cas, plus légère dans le deuxième, et qui répondaient sans doute à des infiltrations péritonéales profondes. Ces manifestations locales ont dans leur ensemble une marche lente, subaiguë, qui dure environ 3 mois.

Le début est brusque, comme celui d'un état péritonéal aigu. Peu de jours après, l'état caractéristique se constitue, avec des indurations péritonéales et des manifestations générales qui ont une marche irrégulière en relation avec le processus local : inappétence, diarrhée, vomissements, langue saburrale, fièvre, amaigrissement, etc., jusqu'à ce que, après une série d'oscillations, se produise la régression de toutes ces manifestations. Pendant l'évolution de la maladie on peut être amené, à diverses reprises, à envisager la possibilité d'une suppuration et l'opportunité d'une intervention chirurgicale, mais il faut savoir patienter et toujours, du moins dans les cas observés par M., les symptômes se sont dissipés par des moyens simples et la guérison s'est faite, complète, dans les 6 cas.

Les conditions qui déterminent la production de cette péritonite plastique sont variables :

Dans le 1er cas de M. les phénomènes débutèrent comme une appendicite avec péritonite généralisée; mais l'opération, au 5e jour, ne révéla rien d'anormal du côté de l'appendice et elle se borna à une simple laparotomie suivie de drainage. Guérison.

Le 2e cas débuta avec des phénomènes localisés au côté gauche : appendicite de siège anormal ou sigmoïdite? Comme il n'y eut pas d'intervention, la cause initiale reste douteuse. Guérison.

Le 3e cas avait évolué au début comme un abcès appendiculaire que l'on évacua au bout de quelques jours par simple incision. Puis le tableau caractéristique de la péritonite plastique serpigineuse s'installa et se termina par la guérison. 5 mois après cette guérison, on songea à enlever l'appendice à froid : on constata l'intégrité parfaite de cet organe.

Dans le 4e cas, qui concerne une petite fille, on trouve, comme point de départ possible, une infection génitale banale, qui a pu envahir le péritoine par les trompes pour produire un état brusque aigu, généralisé, qui se continua sous forme subaiguë, plastique et progressive.

Des 2 cas plus récemment observés par M., l'un a pour origine une perforation typhique survenue à la fin de la 3e semaine d'une fièvre typhoïde grave, qui avait débuté brusquement, 24 heures après la vaccination antityphique.

Le 2e concerne une péritonite occasionnée par un coup violent sur le ventre avec réaction aiguë et qui donna lieu par la suite à un tableau pathologique offrant l'impression d'un processus tuberculeux, mais qui se termina, après 5 mois, par une guérison complète. J. Dumont.

ARCHIVES UROLOGIQUES DE LA CLINIQUE DE NECKER
(Paris)

P. Gaume (Paris). ***Formes urinaires de l'appendicite rétro-cæcale*** (*Archives urologiques de la Clinique de Necker*, tome VI, fasc. 3, Février 1929). — Certaines appendicites rétro-cæcales se manifestent principalement, sinon exclusivement, par des symptômes urinaires, les signes d'appendicite passant au second plan. G. en rapporte 9 observations très démonstratives.

Trois ordres de signes urinaires se retrouvent dans ces observations : la douleur lombaire, l'hématurie, la pyélonéphrite. La douleur lombaire est un signe presque constant; elle est parfois bilatérale, mais toujours à maximum du côté droit; subcontinue avec crises, elle est provoquée par la palpation de la région; elle est souvent d'une très grande intensité. L'hématurie est un signe à peu près aussi fréquent; elle peut être très abondante; c'est ordinairement le rein droit qui saigne. La pyélonéphrite atteint de même ordinairement le rein droit, mais elle peut être aussi bilatérale.

A côté de ces signes urinaires, les troubles intestinaux manquent cependant rarement si on veut bien les rechercher : crises d'entéro-colite ou constipation chronique, douleur à la palpation au point de Mac Burney, fièvre élevée à 40°; enfin et très souvent, on retrouve dans les antécédents une crise d'appendicite aiguë franche, celle au cours de laquelle l'appendice s'est fixé en position rétro-cæcale.

Si, en tenant compte des symptômes intestinaux, on procède à un examen complet des voies urinaires, avec cathétérisme urétéral et pyéloscopie du côté infecté, on n'aura pas de peine à se convaincre que douleurs lombaires, hématuries et pyélonéphrite ne sont pas d'origine rénale et qu'il faut en chercher la cause dans l'intestin, et l'on pensera à l'appendicite rétro-cæcale s'il existe un point douloureux net de Mac Burney, car, dans ce cas, ce signe ne manque jamais. Une radioscopie du côlon viendra préciser la localisation de la douleur au point d'implantation de l'appendice et au bord interne du cæcum.

Lorsqu'on opère ces malades, on trouve toujours un appendice fixé en position rétro-cæcale et ordinairement difficile à voir sous un voile d'adhérences. Lorsqu'il est court, c'est ordinairement sa pointe qui est fixée dans la région rénale; lorsqu'il est long, il est coudé en son milieu et c'est le coude qui est fixé dans la profondeur. L'ablation de ces appendices ne présente pas de difficultés spéciales, à condition de toujours extérioriser le cæcum; G. croit qu'il faut rejeter systématiquement, comme aveugle et dangereuse, l'ablation de l'appendice par voie rétrograde, c'est-à-dire après section première de sa base. J. Dumont.

L'ENCÉPHALE
(Paris)

Santenoise, Varé, Verdier et Vidacovitch. ***Recherches sur la régulation de l'activité fonctionnelle de l'aire psychomotrice par certaines glandes endocrines*** (*L'Encéphale*, tome XXIV, n° 1, Janvier 1929). — Cet admirable travail ouvre, sur la solidarité du système nerveux et des glandes endocrines, des horizons tout à fait nouveaux. Le point de départ de ces recherches a été exclusivement clinique. Frappé par la vagotonie, qu'il avait observée constamment chez les déprimés et chez les anxieux, et, d'autre part, par la sympathicotonie qu'il relevait chez les excités, Santenoise a cherché à établir expérimentalement l'influence du vague, du sympathique, des sécrétions pancréatique et thyroïdienne sur l'excitabilité cérébrale. Il s'est toujours adressé à une même région de l'écorce dont il mesurait la chronaxie et la rhéobase.

Chez les chiens fortement vagotoniques, la chronaxie était très faible, c'est-à-dire l'excitabilité corticale très marquée. Chez un même animal, l'excitation pharmacodynamique ou électrique du vague abaissait la chronaxie. Cette action se produit par l'intermédiaire du corps thyroïde, puisque l'excitation portant au-dessus des filets du corps thyroïde agit sur la chronaxie, l'excitation du pneumogastrique au-dessous de l'émergence de ces dits filets demeure sans action. L'excitation des premiers produit la congestion, la turgescence du corps thyroïde ; le sang prélevé dans les artères et les veines thyroïdiennes possède un pouvoir vagotonisant.

Une série d'expériences parallèles effectuées sur le pancréas, sur ses filets d'origine vagale, sur ses vaisseaux, a montré une action du même genre (abaissement de la chronaxie) de la sécrétion interne du pancréas sur l'écorce cérébrale.

Nous n'avons pu entrer dans le détail de ces expériences si scientifiquement et si suggestivement sériées ni décrire les difficultés rencontrées par les expérimentateurs. Nous nous sommes borné à en exposer les directives et les résultats dont on ne saurait exagérer la portée. M. Nathan.

REVUE ODONTOLOGIQUE
(Paris)

Gérard Maurel. ***Les phlegmons du plancher buccal d'origine dentaire : angine de Ludwig*** (*Revue odontologique*, Décembre 1928). — M. donne une étude d'ensemble de l'angine de Ludwig, aidé de ses observations personnelles. Après avoir passé en revue l'étiologie de ces phlegmons, il insiste sur la pluralité des germes anaérobies et aérobies que l'on y rencontre. Il montre que tout l'intérêt consiste à dépister cette redoutable affection à son début d'après l'intensité des signes généraux et le caractère de l'œdème local. Il attache de l'importance à l'accélération progressive du pouls et à ses irrégularités, à la dyspnée toxique et à l'oligurie, signes qui ont à la fois une valeur diagnostique et pronostique.

Du point de vue thérapeutique, il préconise de pratiquer des incisions médianes et latérales et de placer les drains qui traversent le plancher buccal de part en part. Il associe au traitement chirurgical un traitement sérothérapique intense. C. Ruppe.

LYON MÉDICAL

F. Condamin et W. Brunat (Lyon). ***De la rupture intrapéritonéale des kystes de l'ovaire*** (*Lyon médical*, an. LXI, tome CXLIII, n° 16, 21 Avril 1929). — La rupture spontanée des kystes de l'ovaire peut être observée, pour ainsi dire, directement par le chirurgien lorsqu'elle se produit à l'occasion d'un examen ou de l'anesthésie : la constatation de l'affaissement de la tumeur sous les doigts mêmes de l'opérateur permet alors, en général, de poser le diagnostic.

Dans d'autres cas, le kyste peut se rompre alors que la femme mène une vie normale chez elle, et cet accident survient spontanément ou à l'occasion d'un effort ou d'un traumatisme souvent minime. Le tableau clinique varie avec la variété de rupture. Les unes surviennent après une torsion ou un accroissement brusque de volume dû à une hémorragie ou

à une infection intrakystique : la symptomatologie est alors nette et brutale et la réaction péritonéale est toujours marquée. D'autres fois, il n'existe, au contraire, qu'un minimum de symptômes et ce sont même parfois de véritables surprises opératoires, surtout dans les variétés de gros kystes multiloculaires où une poche se rompt : il n'y a alors aucune réaction péritonéale.

L'évolution immédiate de ces ruptures de kystes ovariens est assez bénigne et il semble bien que ce ne soit que dans les formes infectées que l'on observe des péritonites graves. Quant à l'avenir de ces malades, il paraît devoir être très différent selon la variété anatomique du kyste : dans les kystes hyalins, la résorption du liquide épanché est souvent complète et parfois même très rapide et la récidive péritonéale doit être exceptionnelle; dans la forme mucoïde, au contraire, le péritoine est largement ensemencé et il se développe dans la suite ce que l'on a appelé le « pseudo-myxome » du péritoine, lésion contre laquelle la chirurgie ne peut pas grand' chose.

Les 2 observations personnelles publiées par C. et B. constituent des exemples typiques de chacune de ces formes :

Obs. I. — Femme de 42 ans, ayant constaté depuis quelques années une augmentation de volume progressive de son ventre. Un jour, au cours de son travail domestique, elle fut prise soudain d'un malaise assez violent qui se caractérisa par des douleurs abdominales diffuses irradiées à la région lombaire, des frissons violents et une tendance syncopale assez accentuée. Elle garda le lit pendant deux jours. Elle fut frappée de la fréquence et de l'abondance de ses mictions (jusqu'à six par nuit). A son lever, au troisième jour, elle s'aperçut que son ventre avait beaucoup diminué de volume et était revenu à son état normal.

Elle entra à l'hôpital 6 jours après. A l'examen, on constate un ventre souple, ne présentant rien de spécial au palper. Le toucher met en évidence un utérus fibromateux ; culs-de-sac vaginaux souples; annexes volumineuses, peu sensibles.

Etant donné l'histoire de la malade, la fréquence et l'abondance des mictions coïncidant avec la diminution du volume de l'abdomen, on porte le diagnostic de fibrome compliqué de rétention transitoire d'urine, avec lésions annexielles bilatérales.

A l'opération, neuf jours après l'épisode aigu, on découvre avec surprise une vaste poche complètement affaissée, à parois assez épaisses, et repliée dans l'excavation pelvienne, derrière l'utérus. Il ne peut s'agir que d'un kyste de l'ovaire rompu, et cependant le péritoine ne contient que très peu de liquide épanché, Il existe, en outre, un utérus fibromateux à noyaux multiples, un hydrosalpinx bilatéral et une tumeur solide, fibreuse, de l'ovaire gauche. On pratique une hystérectomie subtotale relativement facile ; cependant la poche du kyste rompu se dégage mal et c'est alors que l'on s'aperçoit que toute la moitié inférieure du kyste était incluse dans la base du ligament large droit. La pièce est enlevée d'un seul bloc. Péritonisation basse et fermeture sans drainage. L'exploration du péritoine a permis de trouver et d'enlever deux petites billes de mucigène greffées sur la séreuse, ce qui peut faire craindre dans l'avenir le développement d'un pseudomyxome du péritoine.

Obs. II. — Une femme de 45 ans s'est aperçue depuis dix mois de l'augmentation progressive de son ventre. Un jour, elle ressent une vive douleur abdominale avec de violents frissons ; pas de vomissements ; pas de fièvre.

A l'examen, on constate que l'abdomen est très augmenté de volume; il n'y a pas de symptômes très nets d'ascite. On pense à une tumeur ovarienne, probablement tumeur végétante maligne.

Intervention quinze jours après l'accident aigu. Laparotomie médiane. Il s'échappe une assez grande quantité d'une substance gélatineuse que l'on a une certaine peine à évacuer complètement à cause de son abondance et de sa viscosité. On constate alors que cette substance est le contenu d'un kyste de l'ovaire droit, du volume d'une tête de fœtus, rompu en trois points. Ovariectomie. Fermeture. Suites opératoires simples.

Les deux observations que nous venons de relater s'opposent et se complètent; elles montrent, toutes deux, la bénignité relative des ruptures des kystes de l'ovaire; elles mettent en évidence la différence d'évolution selon la nature du kyste, le contenu des kystes hyalins étant résorbé très rapidement par le péritoine (d'où polyurie considérable ayant pu faire penser rétrospectivement à une rétention d'urine) qui se montre impuissant, au contraire, devant la substance gélatineuse des kystes mucoïdes.

J. Dumont.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

Ch. Roubier (Lyon). ***Les pachypleurites rétractiles consécutives au pneumothorax artificiel et leur pronostic*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, an X, n° 222, 5 Avril 1929). — Chez les tuberculeux traités par la méthode de Forlanini, on constate assez fréquemment, en général à la suite d'un épanchement liquidien, l'apparition d'une pachypleurite hyperplasique intense aboutissant progressivement à la soudure complète des deux feuillets pleuraux, et rentrant, au point de vue anatomo-pathologique, dans le cadre de la symphyse pleuro-pariétale de Grancher.

On peut, quoique schématiquement, décrire à l'affection 3 phases cliniques successives :

a) *Phase liquidienne*, caractérisée par tous les signes d'un épanchement plus ou moins abondant, qui souvent arrive à remplir toute la cavité pleurale et à se substituer ainsi au pneumothorax ; malgré son abondance, cet épanchement est souvent toléré d'une façon remarquable;

b) *Phase de pachypleurite présymphysaire*, dans laquelle les signes cliniques de la période précédente se modifient quelque peu, alors que la ponction exploratrice met en évidence l'induration pleurale : on a l'impression que l'aiguille traverse une plèvre pariétale épaissie, cartonnée, douloureuse, et il devient souvent difficile de retrouver la poche gazeuse ou liquidienne. Rarement, cette pachypleurite fibreuse subit la transformation calcaire; la ponction devient alors impossible et les insufflations ne peuvent être poursuivies;

c) *Phase de symphyse constituée*, dans laquelle la rétraction thoracique, qui commençait déjà à la période précédente, s'accentue de plus en plus, immobilisant complètement l'hémithorax malade.

Le pronostic de ces pachypleurites rétractiles est loin d'être toujours aussi néfaste qu'on pourrait le supposer : dans beaucoup de cas, au contraire, elles paraissent exercer sur la marche de la maladie une influence favorable. En règle générale, le pronostic est d'autant meilleur que la pachypleurite adhésive se constitue plus tardivement et plus lentement. Toutefois, cette règle est loin d'être absolue : si les symphyses à début précoce, à développement rapide, comportent, en général, un pronostic sérieux, R. en a pourtant observé qui ont été suivies d'une amélioration considérable de l'état général et local du malade, pouvant faire croire à une véritable guérison.

Il est néanmoins certain que le pronostic sera, en général, meilleur lorsque la symphyse se sera constituée à une période plus tardive, à un moment où le poumon, comprimé depuis longtemps, aura déjà subi lui-même une transformation scléreuse. Un véritable « fibrothorax » artificiel se trouvera ainsi constitué.

BULLETIN de la SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE L'INDOCHINE [Section d'Hanoï]

Gaide et Dorolle. ***Sur des cas de tétanos survenus après injections intramusculaires de sels de quinine*** (*Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indo-Chine*, tome VI, n° 10, Octobre 1928). — G. et D. publient 4 observations de tétanos mortel survenu à la suite d'injections intramusculaires (fesse) de sels de quinine (chlorhydrate, carbamate, quinoforme Lacroix), pratiquées pour accès palustres. Tout en tenant compte de l'action favorisante exercée sur l'infection tétanique par les sels de quinine injectés sous la peau, action bien connue depuis les travaux de H. Vincent, il est évident que, dans tous ces cas, le tétanos a été la conséquence de souillures accidentelles dues à une mauvaise stérilisation du matériel ou à une désinfection insuffisante de la peau.

Aussi les auteurs tirent-ils de ces faits les conclusions pratiques suivantes :

1° Obligation impérieuse de surveiller la stérilisation du matériel destiné aux injections de quinine et de s'assurer qu'elle est parfaite;

2° Nécessité pour le médecin de pratiquer lui-même ces injections ou tout au moins de surveiller personnellement l'infirmier chargé de ce soin; dans les postes sans médecin, sauf cas graves et urgents, il paraît plus prudent de s'abstenir de ce mode d'administration du médicament;

3° Enfin il n'est peut-être pas inutile de rappeler que tout abcès quinique doit être considéré comme pouvant être tétanigène et par conséquent traité rapidement par l'incision large et le curettage.

J. Dumont.

LE SCALPEL (Bruxelles)

F. Sluys (Bruxelles). ***Le traitement du cancer du sein et de ses métastases osseuses*** (*Le Scalpel*, tome LXXXII, n° 11, 16 Mars 1929). — Le traitement des tumeurs malignes du sein par association de la chirurgie et des radiations a des adversaires irréductibles et des partisans enthousiastes.

Certains chirurgiens s'opposent formellement à toutes irradiations pré-opératoires, alléguant que celles-ci entravent le processus cicatriciel, augmentent les chances d'hémorragies au cours des interventions, sont causes d'hématomes post-opératoires et n'ont pas l'action stérilisatrice qu'on leur attribue.

Parmi ceux qui sont partisans de l'association radio-chirurgicale, certains se contentent d'irradiation post-opératoire (rayons X modérément pénétrants, en séances courtes, étalées sur plusieurs mois); d'autres ont pleine confiance dans la radiothérapie profonde pré- et post-opératoire. S. est de ceux-là. Il rappelle sa technique :

1° Irradiation pré-opératoire de toute la région envahie ou suspecte d'envahissement (stérilisation cellulaire du champ opératoire);

2° 10 à 15 jours plus tard, ablation totale du sein;

3° Irradiation post-opératoire au minimum 6 semaines après.

Il faut irradier par larges portes et croiser les feux sur toute la région suspecte d'envahissement. Les faisceaux X profonds doivent être appliqués tangentiellement, de façon à épargner les croisements en profondeur, sur la plèvre et le poumon. Ce qui est remarquable et peut être apporté comme preuve de la réelle efficacité de cette irradiation stérilisatrice pré-opératoire, c'est que S. n'a eu depuis 6 ans que 2 récidives *in loco*.

L'association radio-chirurgicale peut se faire également avec les radiations du radium, soit par « aiguillage » de la tumeur (curiethérapie intrahumorale), soit par application d'appareils moulés (curiethérapie externe).

C'est à cette dernière que vont les préférences de l'auteur. Il publie quelques observations avec figures qui illustrent cette technique.

La curiethérapie à foyers externes sera également appliquée, seule, aux cancers du sein inopérables, aux cancers du sein chez les malades refusant toute intervention chirurgicale ou incapables de supporter un acte opératoire, et aux récidives cutanées ganglionnaires de cancers du sein opérés. Les récidives cutanées superficielles, peu profondes, sans infiltration, sans retentissement ganglionnaire, seront traitées par des appareils moulés de petite épaisseur


RHODAZIL

(maximum 2 cm.) afin de ne pas léser la plèvre et le poumon sous-jacent. Les cancers inopérables et les cancers chez les femmes refusant l'acte chirurgical ou incapables de le supporter seront traités par gammathérapie externe à grande distance (4 à 6 cm.), et à doses massives.

Les réactions locales et générales aux doses suffisantes de radium à grande distance sont loin d'être sans dangers, le retentissement sur l'état général et sur la formule leucocytaire peut être extrêmement grave. Le traitement par le foie de veau semble combattre efficacement l'anémie des rayons.

Les tumeurs rendues opérables par curiethérapie à distance doivent être opérées; l'association de la chirurgie et de la curiethérapie à distance semble donner un minimum de risque et un maximum de résultat.

Les métastases osseuses à distance, qui étaient autrefois irrémédiables et laissaient le médecin sans armes, peuvent être traitées efficacement par rœntgenthérapie profonde. La rœntgenthérapie profonde dans les métastases osseuses devrait toujours s'accompagner d'irradiations des ovaires, la stérilisation ovarienne semblant avoir une action frénatrice sur le développement du cancer du sein et des métastases.

J. Dumont.

DER CHIRURG

Torsten Skoog. ***Recherche des diastases dans les urines des malades atteints d'affections aiguës abdominales*** (*Der Chirurg*, tome I, n° 7, 15 Juin 1929). — La réaction de Wohlgemuth permettant de doser les diastases pancréatiques dans les urines fournit chez les sujets normaux des chiffres variant de 4 à 128 avec une moyenne de 16 à 64.

Cliniquement on peut donc admettre qu'au-dessus de 256 il s'agit réellement de phénomènes pathologiques relevant dans la plupart des cas de lésions des voies biliaires ou du pancréas. Plus rarement les malades présentent un trouble fonctionnel pancréatique secondaire à une lésion primitive variable et déterminant la modification pathologique diastasique.

Ainsi, toute cause d'excitation pancréatique peut être incriminée, mais, si le diagnostic est douteux en présence d'une affection aiguë abdominale, l'élévation du taux diastasique doit faire soupçonner en premier lieu une affection biliaire ou pancréatique.

Par contre, la réaction négative précoce et persistante permet d'affirmer avec certitude l'intégrité pancréatique et peut être par conséquent un élément capital du diagnostic différentiel. Enfin, au cours des affections des voies biliaires, l'élévation nette du taux de diastase urinaire doit faire craindre une complication pancréatique et constitue de ce fait un élément dont il faut tenir compte lors du diagnostic d'intervention et du pronostic.

G. Dreyfus-Sée.

MÜNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Munich)

K. Backmund. ***Fatigue; augmentation d'activité et irradiations artificielles*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVI, n° 6, 8 Février 1929). — B. s'est efforcé d'établir si réellement il se produit après irradiation artificielle une augmentation de l'activité et si ce phénomène dépend d'une action directe ou indirecte sur la musculature ou est dû à une action générale sur l'organisme.

Après une série d'expériences comparatives, il croit pouvoir affirmer que l'irradiation corporelle d'étendue considérable par les rayons ultra-violets, avec érythème marqué, détermine une augmentation nette du pouvoir musculaire, mais que ce phénomène ne résulte pas d'une action directe ou indirecte sur le muscle mais est produit par une influence générale exercée par les rayons, en particulier par l'intermédiaire du système nerveux.

En ce qui concerne l'utilisation de cette méthode au point de vue de l'entraînement sportif, B. met les médecins en garde contre les dangers qu'entraîne cette irradiation qui nécessite, pour être efficace, l'emploi de doses élevées très proches de celles qui déterminent des accidents sérieux.

G. Dreyfus-Sée.

W. Wynen. ***La radiosensibilité des os et son importance dans le traitement radiothérapique de la tuberculose articulaire*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVI, n° 6, 8 Février 1929). — Des observations récentes ont attiré l'attention sur les nécroses tardives des os après radiothérapie. Dans l'interprétation de ces phénomènes on doit faire entrer en ligne de compte, non seulement la nature des irradiations et leur intensité, mais encore la sensibilité pathologique du système osseux que l'on considérait jusqu'ici comme négligeable.

Les os irradiés présentent une fragilité accrue; il en est de même du tissu osseux atteint de troubles vasculaires marqués, enfin le rôle des infections paraît souvent indiscutable.

Lors d'essais expérimentaux, il fut impossible d'obtenir une nécrose osseuse isolée par l'irradiation seule sans déterminer en même temps de graves lésions cutanées. Il semble donc pratiquement qu'un facteur mécanique antérieurement existant (surtout vasculaire ou infectieux) soit indispensable dans le déterminisme de la nécrose.

Au cours de la tuberculose articulaire où tous ces éléments de fragilité du système osseux sont réunis et où souvent des altérations osseuses plus ou moins accentuées existent déjà accentuant cette sensibilité, des précautions devront être prises au maximum lorsqu'on pratiquera un traitement radiothérapique.

De petites doses seulement seront utilisées; l'emploi de rayons pénétrants durs, auquel on peut attribuer les accidents observés depuis quelques années, devra cependant être maintenu du fait de leur efficacité plus grande, mais la notion de la sensibilité osseuse élective doit inciter à une grande prudence dans leur application et leur dosage.

G. Dreyfus-Sée.

H. Curshmann. ***La xérostomie*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVI, n° 7, 15 Février 1929). — Sous ce nom, l'auteur décrit une affection autonome relevant de cause variable et survenant en dehors des circonstances déshydratantes habituelles : fièvre, diabète grave, etc.

La diminution notable allant jusqu'à la suppression de la salivation peut survenir isolément et les auteurs anglais décrivent depuis longtemps le « Dry Mouth », diminution progressive de la sécrétion salivaire chez des femmes âgées s'accompagnant de troubles trophiques locaux, langue sèche, rouge, dépapillée, muqueuse buccale vernissée, atrophie sénile, chute des dents, etc.

Cette affection pénible, s'accompagnant de glossodynie notable, gêne la parole et la déglutition de façon constante.

Très différente est la xérostomie nerveuse, psychique, des sujets jeunes. Rarement elle gêne la déglutition au point qu'une malade de C. ne pouvait absorber d'aliments solides qu'avec absorption simultanée de liquide. Le plus souvent, seules les fonctions phonétiques sont entravées de façon intermittente, sous l'empire d'émotions assez vives.

Certains de ces faits méritent le nom de xérophobie.

Telles sont les observations d'un chanteur d'opéra gêné pendant le premier quart d'heure de la représentation par une sécheresse notable de la bouche s'accompagnant souvent d'autres manifestations de troubles neuro-végétatifs; d'un professeur présentant les mêmes phénomènes lorsqu'il devait parler en public; d'un employé dont la xérostomie était telle que la parole devenait presque impossible lorsqu'il devait faire un exposé devant de nombreuses personnes, etc.

Enfin un dernier ordre de faits est représenté par le cas d'un sujet présentant un syndrome neurologique complexe de sclérose bulbaire diffuse et chez lequel la xérostomie associée pose la question de la localisation possible du centre nerveux de la sécrétion salivaire dans la région bulbaire.

Sans insister sur cette pathogénie hypothétique, C. conclut en indiquant l'importance et la fréquence de ce syndrome en relation indiscutable avec le système nerveux et qui ne doit pas être réduit aux cas rares d'atrophie muqueuse et glandulaire séniles des vieilles femmes qu'avaient décrits les premiers observateurs.

G. Dreyfus-Sée.

I. Mueller. ***Hypertrichose consécutive à la coupe des cheveux*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVI, n° 7, 15 Février 1929). — M. établit une statistique comparative portant sur un nombre assez restreint de cas afin d'établir le rôle possible de la coupe des cheveux sur le développement d'une hypertrichose généralisée. Le test d'hypertrichose est constitué par l'apparition en excès de poils sur la ligne blanche et le menton. Notons que les cas observés concernent presque tous des femmes enceintes, et le rôle de la grossesse est également discuté par l'auteur en tant que facteur d'hypertrichose.

Sur 46 femmes à cheveux courts, 7 ont observé l'exagération du système pileux après la coupe de leurs cheveux; 2 ont noté la coïncidence de ce phénomène avec une grossesse. Par rapport à la puerpéralité, on compte 26 femmes sans hypertrichose, et 6 avec hypertrichose après la grossesse, soit 23 pour 100, alors que 5 jeunes filles présentaient de l'hypertrichose sur les 14 examinées à ce point de vue, soit 55 pour 100.

Chez les femmes aux longs cheveux, au nombre de 132, seules 16 accusent la grossesse d'avoir été à l'origine d'une hypertrichose, soit 12 pour 100.

Sur ces chiffres basés sur un nombre bien restreint d'observations, l'auteur croit pouvoir attribuer à la coupe des cheveux un rôle pathogénique dans la détermination de certaines hypertrophies du système pileux chez les femmes.

G. Dreyfus-Sée.

K. Ehrhardt. ***La teneur de l'hypophyse humaine en hormone mélanophore*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVI, n° 8, 22 Février 1929). — La réaction hypophysaire mélanophore a été décrite par E. en 1927. Elle consiste dans l'injection d'hormone des lobes postérieur et moyen de l'hypophyse sous la peau d'un amphibie (grenouille verte, par exemple); on détermine ainsi une modification immédiate de la peau de l'animal qui devient foncée.

Cette hormone mélanophore n'a pu être décelée qu'exceptionnellement dans le sérum sanguin ou les urines des malades et des sujets sains et très rarement dans le liquide céphalo-rachidien.

Dans des recherches ultérieures, E. a voulu établir si la présence de cette hormone était constante dans l'hypophyse humaine et si son existence ou sa déficience était en relation avec des modifications pathologiques nettes.

Sur les 50 hypophyses humaines examinées à ce point de vue, l'hormone put être décelée 48 fois. On la trouve aussi bien dans l'hypophyse des vieillards que dans celle des nouveau-nés.

L'absence de l'hormone n'a été constatée que dans 2 cas : chez un homme atteint de paralysie générale progressive et chez un cirrhotique de Laennec.

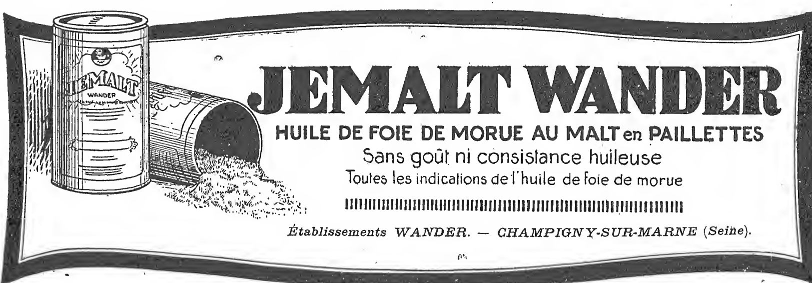
Des observations complémentaires s'imposent pour affirmer la valeur de cette épreuve et sa signification précise.

Dreyfus-Sée.

H. Stursberg. ***Méningite aiguë consécutive à une insolation exagérée*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVI, n° 8, 22 Février 1929). — S. communique une observation de méningite aiguë curable, avec réaction notable aseptique du liquide céphalo-rachidien à type lymphocytaire et hémorragique, consécutive à une exposition prolongée au soleil sans précautions. La malade, âgée de 25 ans, a présenté, cliniquement et biologiquement, une méningite aiguë qui a régressé totalement en quelques jours.

Aucune autre cause ne put être décelée que l'insolation consécutive au séjour pendant plusieurs heures en plein soleil, le dimanche de Pâques 1928.

A ce propos, S. croit devoir mettre en garde les médecins et le public contre l'application inconsi-


JEMALT
WANDER
JEMALT WANDER
HUILE DE FOIE DE MORUE AU MALT en PAILLETTES
Sans goût ni consistance huileuse
Toutes les indications de l'huile de foie de morue
Établissements WANDER. — CHAMPIGNY-SUR-MARNE (Seine).


DIGITALINE
PETIT-MIALHE
MIALHE
DIGI-MIAL-BAINE
Association de la digitaline Petit-Mialhe
et de l'Ouabaïne X à XXX gouttes par jour.
MIAL BAINE
Oubaïne XXX à CL gouttes par jour.


Une tétravalence...
HYPÉRACIDITÉ GASTRIQUE
Une cuillerée à café dans un demi-verre d'eau soit immédiatement soit heures après les repas.
GASTRYL
VICHY
GRANULÉ ALCALIN NON EFFERVESCENT
PANSEMENT GASTRIQUE
Une cuillerée à café dans un peu d'eau, une demi heure avant chaque repas et au moment des crises.
EUTECTYL
VICHY
POUDRE
Kaolin lavé, porphyrisé
Carbonate de magnésie.... 5 gr
Bromure d'ammonium.... 5 gr
Essence d'anis
— d'amandes amères
Glyzine
pour 100 gr de poudre
VICHY
HÉPATISME
LITHIASE
OTV

dérée et abusive de l'héliothérapie. Les méthodes sportives actuelles, l'influence des théories naturistes, jointes à l'extension prise par les procédés d'actinothérapie, incitent tous les sujets à pratiquer l'irradiation solaire sans indications précises et souvent sans prendre les précautions indispensables. La possibilité d'accidents sérieux, tels que celui relaté par l'auteur, doit faire conseiller plus de prudence.

G. Dreyfus-Sée.

S. J. Thannhauser et K. H. Meyer. ***Sorbit (Sionen) en remplacement des hydrates de carbone dans le traitement du diabète*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVI, nº 9, 1er Mars 1929). — Depuis longtemps, on s'est efforcé de remplacer les hydrates de carbone, mal assimilés par les diabétiques, par des sucres plus aisément transformés en glycogène par le foie déficient de ces malades.

Le glykoson, combinaison d'un groupe aldéhyde et cétose était bien toléré, mieux même que le lévulose, mais sa préparation restait extrêmement difficile.

Le *sorbit*, alcool du glucose, paraît assimilé par le diabétique mieux que tous les sucres jusqu'ici essayés et plus facilement transformé en glycogène que le sucre de raisin ou le lévulose.

Le sorbit est représenté abondamment dans la nature. Il peut être formé aux dépens du sucre de raisin ou du fructose par réduction. Industriellement, on le prépare par réduction du glucose et il est mis dans le commerce sous le nom de *Sionen*, produit cristallisé, blanc, sucré, de goût agréable, d'une valeur calorique de 290 calories pour 100 gr.

Facilement accepté par les malades, il a été expérimenté dans de nombreux cas de diabète de gravité variable et paraît pouvoir rendre des services appréciables en tant que produit remplaçant le sucre non toléré.

G. Dreyfus-Sée.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Berlin)

A. W. Elmer et Scheps. ***L'action de l'insuline sur la lipochromémie et la xanthose diabétique*** (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, nº 7, 12 Février 1929). — Dans un cas de xanthose diabétique apparu après consommation de quantités faibles d'épinards et d'œufs, on a constaté qu'un régime pauvre en lipochrome faisait lentement disparaître ces symptômes et que le traitement par l'insuline accélérait cette disparition. Inversement, un régime riche en lipochrome a déterminé une xanthose moindre quand on administrait en même temps de l'insuline. Dans un autre cas, on a constaté également que l'insuline empêchait le régime riche en lipochrome de déterminer une augmentation des pigments sanguins aussi élevée que d'habitude. La coloration de la peau apparaissait moins vite et s'étendait moins du fait de cette médication. Dans 3 autres cas, les effets ont été moins nets et on doit rapprocher ces cas de ceux dans lesquels l'insuline est sans effet sur l'acétonurie et la glycosurie quand le régime n'est pas approprié.

Dans les diabètes sans xanthose, un régime riche en lipochrome a fait augmenter les lipochromes du sérum tandis que l'insuline les faisait diminuer, montrant ainsi que cette hormone a une action nette sur le métabolisme des lipochromes. On ne peut d'ailleurs pas dire si de cette action résulte une combustion ou une décomposition ou une élimination des substances colorantes. Ces faits confirment également que, dans le diabète, il y a un trouble du métabolisme des lipochromes.

P.-E. Morhardt.

W. Freundenthal et M. Fischer. ***La fixation du complément dans la blennorragie avec remarques sur la technique de la fixation du complément par Margarete Stern*** (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, nº 7, 12 Février 1929). — La fixation du complément est assez généralement reconnue comme significative bien que la méthode ne soit pas encore parfaite. C'est pourquoi, à la clinique de Jadassohn, il a été fait des recherches étendues dont il est rendu compte dans ce mémoire qui débute par un exposé de la technique actuellement employée et des essais infructueux faits antérieurement en donnant des détails qui ne peuvent être utilement résumés ici.

Les résultats ont été les suivants — Dans 47 cas de blennorragies antérieures et postérieures, dont 32 cas aigus, il y a eu environ 75 pour 100 de réponses négatives. Dans 2 cas, la réponse est devenue positive au cours de la période d'observation. Dans 15 cas non aigus, la réponse a été un peu plus souvent positive. Dans les prostatites, tous le scas, sauf 2 sur 10, ont réagi positivement. Dans 42 cas d'épididymites, il y en a eu 31 de fortement positifs et 3 fois on a pu constater, au cours du traitement, qu'une réaction d'abord négative est devenue ultérieurement positive. Dans 16 cas d'arthrite, les proportions ont été les mêmes : 14 réponses positives. En somme, dans la blennorragie masculine sans participation des annexes, la réponse est très fréquemment négative ; elle le reste longtemps tandis qu'elle devient positive dans les cas compliqués, presque toujours entre le 5e et le 15e jour. Les réponses sont négatives assez souvent dans des formes traînantes, de sorte qu'on peut se demander s'il s'agit d'une souche particulière ou si le malade fabrique peu d'anticorps.

Chez la femme, les résultats ont été les mêmes d'une façon générale. Dans les blennorragies non compliquées, il y a eu 18 réponses positives sur 47 cas. Dans les blennorragies compliquées d'annexites, il n'y a eu que 5 cas franchement négatifs sur 81. Dans les cas non compliqués, les réponses positives sont un peu plus fréquentes chez les femmes (38 pour 100) que chez les hommes (25 pour 100), probablement à cause de la participation de la cavité utérine. Dans les vulvo-vaginites il n'y a eu que 3 réponses positives sur 12 qui existaient déjà depuis un an. Il semble donc que la réaction positive soit le résultat, moins de la durée que de la localisation de l'affection.

Sur 192 cas de contrôle, il y a eu 4 réponses fortement positives et 4 réponses faiblement positives. Parmi les premières, on relève 2 personnes présentant, d'autre part, un exanthème médicamenteux. Le fait que la réaction de Wassermann soit positive n'influe pas sur la fixation du complément blennorragique. Ainsi cette réaction est très nettement spécifique.

Chez 71 individus dont la blennorragie était cliniquement guérie, on a trouvé 13 réactions positives et 4 faiblement positives. On doit donc admettre que les anticorps subsistent encore pendant longtemps après la disparition de l'affection. En somme, cette méthode mérite d'être employée couramment surtout pour le diagnostic des arthrites chroniques, des annexites, de la grossesse tubaire ou de l'appendice, puisqu'elle peut, dans certains cas, rendre invraisemblable une affection blennorragique.

P.-E. Morhardt.

E. Lehner. ***Urticaire par le froid*** (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, nº 7, 12 Février 1929). — Chez un homme de 23 ans qui, à la suite d'un bain froid, a présenté une urticaire généralisée, L. a procédé à toute une série de recherches. En soumettant le dos, la poitrine et les bras de cet homme pendant 5 ou 6 minutes au contact de l'eau glacée, il constate que la peau devient très rapidement d'un rouge vif et gonfle. D'autre part il fait une prise de sang avant, puis 10,30 et 60 minutes après cette application. Le sérum du sang ainsi recueilli a été inoculé sous la peau d'individus normaux et a provoqué des papules beaucoup plus étendues quand il s'agissait du sang de la 30e minute que quand il s'agissait du sang des autres prises, comme si une substance venant de la peau du malade avait progressivement envahi le sang jusqu'à la 30e minute pour diminuer ensuite. En provoquant l'urticaire localement sur un bras et en interrompant la circulation de ce membre par ligature, on a pu constater que cette substance ne passe pas dans la circulation générale mais reste localisée dans le bras lié.

Selon L., cependant, la substance formée dans la peau sous l'influence du froid ne provoque une inflammation qu'en présence de sérum du sang et se rapproche par conséquent des substances qui se forment également dans la peau sous l'influence de la lumière, par exemple, et qui ont été étudiées antérieurement par L. et divers collaborateurs.

Il est probable que cette substance qui circule dans le sang après action du froid et qui peut provoquer des phénomènes inflammatoires est identique à la *réagine* ou plus exactement provoquerait l'apparition de réagine en jouant le rôle d'un allergène.

Au cours des divers chocs déterminés chez le malade on a constaté que la transmissibilité de cette substance disparaît : à partir de la 6e application du froid, les résultats ont été en effet régulièrement négatifs, comme s'il y avait eu désensibilisation effective. Le malade fut d'ailleurs traité quotidiennement pendant 10 secondes avec une application de glace toujours au même endroit. Le premier jour, cette application détermina une brûlure de 20 minutes. Le lendemain, cette sensation dura plus longtemps encore puis, à partir de là, s'atténua pour disparaître à partir du 6e jour. La désensibilisation générale fut obtenue par application de glace sur de grandes surfaces. Le choc fut particulièrement intense au cours de la 2e application, puis il diminua ensuite. Cette désensibilisation pourrait s'expliquer par l'apparition de substances inhibant l'inflammation circulant dans le sang.

P.-E. Morhardt.

Rudolf Degkwitz. ***Nouveau procédé de stérilisation*** (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, nº 8, 19 Février 1929). — Après avoir rappelé les recherches de Nægeli sur le pouvoir oligodynamique de l'argent, D. note qu'il y a deux moyens de mettre ce pouvoir en évidence : l'un consiste à introduire une quantité déterminée de métal dans l'eau en même temps que des germes et à constater au bout de combien de temps la stérilisation est réalisée ; l'autre consiste à mettre l'eau en contact pendant un certain temps avec le métal puis à mesurer le pouvoir stérilisant acquis par cette eau. Dans le tableau où sont réunies les recherches des auteurs antérieurs sur ce sujet, on constate que ces deux procédés permettent de réaliser la stérilisation dans un temps parfois assez long pour des germes en nombre peu élevé. Par exemple, de l'eau activée antérieurement par contact de 15 jours avec de l'argent, tue 45.000 germes de la typhoïde par cme en 8 jours. Ce pouvoir de l'argent peut être, d'après D., rattaché aussi bien à un processus catalytique qu'à l'action des particules métalliques en solution ou peut-être aux 2 mécanismes à la fois.

Dans tous les cas, ces recherches montrent qu'en augmentant la surface du métal, on augmente le pouvoir oligodynamique. C'est ce qui a amené D. à poursuivre des recherches avec de l'argent préparé par Alexandre Krausse. Ce procédé d'affinage donne à l'argent une structure lamellaire et une surface considérable. On utilise ce métal mélangé dans de certaines conditions à du sable ou encore fixé dans la paroi du récipient ou à des plaques d'argile. Ce métal s'est ainsi montré capable de stériliser en 8 heures un litre d'eau contenant 2.500.000 germes par cme et semble pouvoir être utilisé pratiquement. De même, ce procédé permet de rendre l'eau active par contact avec elle pendant un certain temps. Les effets sont encore plus rapides et plus nets si on agite le récipient contenant la suspension de microbes et le sable chargé d'argent. Chaque particule d'eau doit donc être mise d'aussi près que possible en contact avec une particule d'argent pour que les résultats soient aussi satisfaisants que possible.

D. a également utilisé des filtres de sable chargés d'argent sur lesquels il a fait passer des quantités considérables d'eau et de germes (jusqu'à 40 milliards de coli par jour), pendant des mois. Le pouvoir bactéricide de ces filtres n'a pas diminué du fait de cette épreuve. Dans certains cas, il semble que les germes qui n'avaient pas été tués aient été assez modifiés dans leur vitalité pour perdre leur pouvoir pathogène. En adoptant les chiffres de Spiro ou de Freundlich, D. admet que, pratiquement, l'eau de boisson stérilisée par de l'argent doit contenir en moyenne 0,00000015 à 0,000000015 gr. d'argent par litre d'eau ; il ne semble pas que cette quantité

puisse être considérée comme nocive pour l'organisme. Les expériences faites à cet égard sur des cobayes ont donné des résultats négatifs.

P.-E. Morhardt.

E. Kaufmann. ***Diabète et traumatisme; contribution au diabète bronzé et à l'ostéose éburnisante*** (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, n° 8, 19 Février 1929). — Le diabète traumatique extra-insulinique est une maladie extrêmement rare, comme tous les auteurs ont eu l'occasion de le constater au cours de la guerre. Mais, à côté de cette forme, il existe un vrai diabète dû à des lésions du pancréas avec participation de l'appareil insulinique et consécutif à un traumatisme abdominal. De tels cas sont d'ailleurs extrêmement rares puisqu'il faut une destruction des 4/5 ou peut-être des 9/10 du pancréas pour amener un trouble des échanges hydro-carbonés susceptibles d'être décelés par les méthodes de recherches modernes. En de tel cas, on n'exigera, au point de vue assurances, que des probabilités basées sur l'existence d'un traumatisme, l'apparition d'un diabète moins de 6 mois plus tard, le caractère malin de la maladie et l'absence de diabète antérieur. Au point de vue scientifique il est, par contre, nécessaire d'être plus difficile et notamment de ne conclure qu'après autopsie.

Les cas qui satisfont à ces conceptions sont, d'ailleurs, extrêmement rares. K. en compte 4 dont 2 sont peu démonstratifs et 2 autres tout à fait contestables. Dans le cas que K. a eu l'occasion d'étudier de près, il s'agit d'un agent de police qui, 7 mois avant son entrée à l'hôpital, reçoit d'un boxeur 2 coups dans la région de l'ombilic mais n'interrompt pas son service pour cela. Quelques semaines plus tard, il accuse de l'amaigrissement et 2 mois avant son entrée à l'hôpital, on constate qu'il a du sucre dans l'urine et il se plaint d'une faim et d'une soif anormales. L'examen ne montre rien de très particulier. Un traitement de quelques semaines fait augmenter le poids et la tolérance pour les hydrates de carbone en diminuant l'acidose. On fait un certificat d'après lequel il y a, selon une grande vraisemblance, relation de cause à effet entre le traumatisme et la maladie. Sept mois plus tard, le malade rentre à l'hôpital, avec des symptômes de diabète aggravés. Le sang présente des caractères particuliers: 1,66 millions d'hématies, 35 pour 100 d'hémoglobine, lymphocytose relative, anisocytose et poïkilocytose. La mort survient par faiblesse du cœur et l'autopsie montre une forte pigmentation des muscles et des organes mais pas de la peau. Une éburnisation très marquée des os et un pancréas assez petit, riche en tissus conjonctifs, cirrhotiques avec forte hémosidérose, mais sans aucune trace d'hémorragie ou de destruction des tissus. Le nombre relatif des îlots est normal.

En somme, selon K., il y aurait lésion des organes par dépôt anormal de pigments, surtout au niveau du pancréas. En outre, l'ostéose éburnisante, accompagnée de rétrécissement du canal médullaire et d'anémie, rapproche ce cas de la maladie de Albers-Schonberg, bien que les os ne soient pas fragiles et bien qu'il n'y ait pas de troubles de la croissance. On doit donc admettre que les deux symptômes, ostéose éburnisante et diabète bronzé, relèvent d'un même trouble de la fonction médullaire et de l'hématopoïèse. L'affection du pancréas ne serait plus que secondaire et l'hémochromatose, le point de départ des modifications pathologiques observées au niveau du pancréas. Il n'y a donc, selon K., aucune raison scientifique d'admettre des relations de cause à effet entre le traumatisme et le diabète.

P.-E. Morhardt.

ARCHIVOS DE MEDICINA Y CIRURGIA Y ESPECIALIDADES

(*Madrid*)

Maranon. ***Signification sexuelle des poils et de la chevelure dans l'espèce humaine*** (*Archivos de Medicina, Cirurgia y Especialidades*, tome XXIX, n° 23, 8 Décembre 1928). — La chevelure et les poils représentent, de par leur morphologie et leur topographie, des caractères vraiment sexuels. M. attire l'attention notamment sur l'implantation des cheveux au niveau de la région fronto-temporale; tandis que chez la femme, cette région demeure recouverte, elle se dégarnit dès le début de la puberté, constituant la « calvitie frontale des adolescents ». La chute des cheveux représente également un caractère masculin; en effet les eunuques possèdent en général une chevelure abondante. Inversement, lorsque la femme se masculinise soit à la ménopause, soit au cours de syndromes glandulaires, la barbe apparaît sur les différentes parties du visage dans le même ordre topographique que chez le jeune homme à l'époque de la puberté.

Au point de vue de l'appétit sexuel, M. fait remarquer que ce n'est pas la femme la plus féminine d'aspect et de structure qui se trouve la plus largement dotée. Les traditionnelles passionnées auraient un aspect quelque peu masculin, telle la Carmen de Mérimée, telle Messaline d'après la satire de Juvénal. On pourrait objecter que cette dernière était éclectique sur le sexe.

Deux écoles pour expliquer l'évolution sexuelle. Pour les uns, le sexe féminin représente un stade intermédiaire entre l'enfant et le mâle dont la femme ne présenterait quelque stigmate qu'au moment de la ménopause. Pour d'autres, les deux sexes coexisteraient chez le même individu; ce n'est que secondairement que l'un d'eux prendrait l'avantage sur l'autre. M. est frappé de ce fait que deux glandes, la surrénale et l'hypophyse, représentent comme les gardiennes du sexe masculin. Contrairement à ce qu'il pensait précédemment, il n'en est pas qui soit préposées à la garde des caractères sexuels féminins. Tels sont les aperçus les plus marquants de cet intéressant article, qui, partant des caractères purement objectifs de la chevelure et du poil, aborde les problèmes les plus complexes de l'endocrinologie. Ce sont du reste des questions sur lesquelles M. a publié des travaux originaux fort curieux, que nous avons eu déjà l'occasion d'analyser dans ces colonnes.

M. Nathan.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

(*Chicago*)

E. Novak (de Baltimore). ***L'état présent de l'opothérapie ovarienne*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCI, n° 9, 1er Septembre 1928). — Au moment où la physiologie de la reproduction a fait des progrès considérables, il est intéressant de préciser, et c'est le but que N. se propose, si l'opothérapie ovarienne a bénéficié de ces progrès. N. passe donc en revue les différents modes d'administration des extraits ovariens, et les caractères de ces extraits eux-même; la conclusion qu'il tire de cette étude, au point de vue de l'efficacité de la médication ovarienne, demeure en somme assez décevante.

N. envisage en premier lieu les préparations ovariennes employées en ingestion; celles-ci sont constituées soit par l'ovaire entier, soit par le corps jaune seul, soit par le « résidu ovarien », c'est-à-dire la portion d'ovaire qui demeure quand tout le corps jaune a été extrait.

N. insiste sur l'inefficacité à peu près complète de ces diverses préparations par ingestion: il en voit la raison d'abord dans l'ignorance où l'on est de savoir si le principe actif est bien contenu dans les extraits en question, ensuite dans la destruction du principe actif par les sucs digestifs.

Dès avant la connaissance de la folliculine, le peu d'action des préparations *per os* avait conduit à employer la voie hypodermique; aujourd'hui qu'on a pu isoler l'hormone folliculaire, dont l'efficacité apparaît comme bien supérieure à l'extrait total, il est particulièrement indiqué d'employer celle-ci de la façon la plus active, c'est-à-dire en injections hypodermiques. Expérimentalement, l'action des dites injections de folliculine se montre vraiment remarquable.

Aussi N. fait-il une étude toute spéciale de l'emploi thérapeutique de cette hormone folliculaire, dont il précise les indications et les résultats.

A) Les manifestations cliniques qui peuvent être rapportées à une *hypofonction ovarienne* sont l'aménorrhée ou la dysménorrhée; les symptômes vaso-moteurs de la ménopause (naturelle ou artificielle); certains cas de stérilité, ainsi que d'hypoplasie génitale, d'obésité, d'avortements répétés et de migraines menstruelles.

1° Dans l'aménorrhée, l'hormone folliculaire doit, suivant N., être employée à doses massives, pendant 8 ou 10 jours, et ensuite arrêtée, si l'on n'obtient pas de menstruation.

Il est préférable, d'autre part, d'associer à l'hormone folliculaire des injections de corps jaune, par exemple 8 à 10 piqûres de folliculine, suivies de 6 injections d'extrait de corps jaune;

2° L'action de l'opothérapie ovarienne dans les *troubles vaso-moteurs de la ménopause* est beaucoup plus discutable, et, personnellement, N. n'a pas obtenu grand résultat par administration orale de préparations de cet ordre. Il ne pense pas qu'on puisse en avoir de meilleurs en se servant de l'hormone folliculaire en injections sous-cutanées;

3° De même, on ne peut guère espérer grand résultat dans le traitement de la stérilité par l'hormone folliculaire en l'absence de notions précises sur le mécanisme physiopathologique de l'absence de fécondation, chez des femmes par ailleurs normales.

B) En ce qui concerne l'*hyperfonction ovarienne*, le traitement logique consiste dans l'administration de corps jaune; et de fait, des préparations hypodermiques à base de corps jaune se sont montrées efficaces entre les mains de N., dans certaines ménorragies ou métrorragies de cause indéterminée.

N. exprime en terminant le souhait que les préparations d'hormone folliculaire puissent être administrées *per os*, ce qui aurait de sérieux avantages pratiques.

Pierre-Noel Deschamps.

S. Maddock et H. Trimble (de Boston). ***L'hypoglycémie insulinique prolongée sans symptômes*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCI, n° 9, 1er Septembre 1928). — Le point de départ du présent travail est la remarque, faite par M. et T., qu'après administration d'insuline, peut exister une hypoglycémie assez prolongée, avant que les symptômes cliniques de celle-ci apparaissent.

A l'appui de cette opinion, M. et T. apportent 4 observations. La première concernait un enfant de 6 ans, présentant, le jour de l'expérience, une glycémie à 2 gr. 30 p. 1.000, chez qui, de 8 heures du matin à 3 heures du soir, l'administration d'insuline fit tomber la glycémie jusqu'à 0 gr. 36 centigr. pour 1.000 sans qu'apparût aucun symptôme clinique.

De même, chez le malade de l'observation II, la glycémie tomba sous l'influence de l'insuline, de 2 gr. 30 pour 1.000 à 0 gr. 36 pour 1.000, et les symptômes cliniques n'apparurent qu'à 3 heures de l'après-midi, alors que l'insuline avait été administrée à 8 heures du matin, et que, dès 11 heures, la glycémie s'était abaissée à 0 gr. 82. Les deux autres observations reproduisirent le même résultat. En outre, M. et T., sur une expérience de 24 heures, réussirent en alternant l'insuline et les prises d'hydrocarbones à abaisser la glycémie jusqu'à 0,43 centigr. pour 1.000 sans entraîner aucun symptôme clinique.

De même chez des chiens dépancréatés, M. et T. purent abaisser la glycémie à 0,50 centigr. p. 1.000 sans produire aucune réaction chez les animaux d'expérience. Ils admettent que des recherches systématiques montreraient la fréquence de ces hypoglycémies silencieuses, qui expliqueraient la difficulté souvent rencontrée de régler, chez les diabétiques, l'insulinothérapie.

Pierre-Noel Deschamps.

W. Méninger (de Topeka). ***Les troubles mentaux associés aux syndromes hypophysaires*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCI, n° 13, 29 Septembre 1928). — Dans ce court travail, l'auteur étudie les réactions psychiques de 42 malades atteints de troubles hypophysaires et qui

comprenaient : 3 cas d'infantilisme type Lorain, 5 cas de gigantisme, 8 cas d'acromégalie, 11 cas de dystrophie adiposo-génitale, 7 cas d'obésités hypophysaires de l'adulte. Il résume 6 observations parmi les plus marquantes et apporte les conclusions suivantes : dans la dystrophie adiposo-génitale type Babinski-Fröhling et dans l'infantilisme hypophysaire (que M. réunit sous la rubrique générale d'« hypopituitarisme infantile »), on observe surtout un retard plus ou moins marqué du développement intellectuel. Les obésités et les troubles génitaux hypophysaires de l'adulte (hypopituitarisme post-juvénile, suivant M.) s'accompagnent plutôt d'accidents schizophréniques pouvant aller jusqu'au tableau de la démence précoce ; dans l'hyperpituitarisme tardif (qui se résume avant tout dans l'acromégalie), les troubles prédominants appartiennent à la série cyclothymique. Toutefois, on ne peut établir de rapport fixe entre un syndrome mental déterminé et une forme particulière de dyspituitarisme. Les faits les plus frappants sont l'association, chez l'enfant, de troubles marqués de la série hypophysaire et du retard du développement intellectuel, de même que l'éclosion, chez l'adulte, de troubles psychopathiques caractérisés, suivant de près l'apparition des signes organiques indiquant une atteinte de l'hypophyse.

Pierre-Noel Deschamps.

W. Ladd (de Boston). ***L'atrésie et le rétrécissement congénital des canaux biliaires*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCI, n° 15, 13 Octobre 1928). — L'auteur fait, ici, une revue d'ensemble de cette affection qui, selon lui, n'est pas exceptionnelle et qui a fait, en particulier, l'objet d'un travail d'Holmès, qui en a rapporté 120 observations (*Amer. Journ. Dis. of. child.*, tome XI, page 405-431, Juin 1916).

1° Au point de vue *étiologique*, 4 théories ont été mises en avant pour expliquer cette anomalie : on a invoqué l'hérédo-syphilis, une péritonite fœtale, une inflammation catarrhale des voies biliaires, une dystrophie congénitale proprement dite. Suivant L., ce sont les deux dernières théories qui paraissent les plus plausibles ;

2° L'*anatomie pathologique* montre un foie augmenté de volume, sclérosé, infiltré de bile avec une dilatation très marquée des canalicules biliaires intrahépatiques et de nombreuses figures de dégénérescence cellulaire. Il existe, d'autre part, un ictère très marqué ;

3° Le *tableau clinique* est dominé par la présence d'un ictère chronique progressif qui représente le symptôme essentiel. Cependant, celui-ci n'apparaît parfois que vers la seconde ou troisième semaine après la naissance, soit que le foie ne produise que peu de bile dans les premiers jours de la vie, soit que les pigments biliaires formés soient détruits au sein même du parenchyme; ce n'est que lorsque les pigments arrivent à être produits en excès que le pouvoir lytique du foie est insuffisant et que l'ictère apparaît. D'autre part, le foie et la rate sont augmentés de volume et on voit apparaître des hémorragies sous-cutanées et viscérales. Le diagnostic doit être fait avec l'ictère banal des nouveau-nés, essentiellement passager, avec l'ictère infectieux, avec celui de l'hérédo-syphilis hépatique ;

4° Au point de vue *thérapeutique*, le seul traitement possible est chirurgical. Sur 20 cas observés, L. rapporte 11 cas où l'intervention fut pratiquée avec 8 cas favorables au point de vue opératoire et 6 guérisons. L. résume, ici, les observations de ces 8 derniers malades. Le pronostic est évidemment fatal en dehors de l'intervention chirurgicale; d'autre part, on ne peut espérer voir cette dernière couronnée de succès que si la vésicule biliaire présente des connexions normales avec le foie et si la malformation congénitale se résume dans l'absence d'abouchement du cholédoque dans l'intestin. Aussi L. conseille-t-il une laparotomie exploratrice dans les ictères du nouveau-né qui ne font pas leur preuve par ailleurs et qui s'aggravent malgré les traitements médicaux institués.

Pierre-Noel Deschamps.

M. Pheeters et C. Rice (de Minnéapolis). ***Les accidents du traitement des varices par les injections intra-variqueuses de substances coagulantes. Revue générale de la question*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCI, n° 15, 13 Octobre 1928. — Sur une étude générale des travaux parus sur le traitement des varices par les injections sclérosantes, comprenant un total de 53.000 cas traités, P. et R. n'ont pu relever que 7 cas de mort, ce qui représente un taux de mortalité de 0,0029 pour 100. Dans 4 cas, il s'agissait d'embolie pulmonaire, mais c'est là, comme on le voit, un accident tout à fait exceptionnel. P. et R. résument 13 observations d'accidents graves recueillies dans la littérature; dans la plupart des cas, il s'est agi d'accidents infectieux, thrombo-phlébite plus ou moins étendue, pouvant prendre le caractère gangreneux et devenir le point de départ d'une infection généralisée; on sait d'ailleurs, comme le rappellent P. et R., que Sicard et Gaugier ont décrit à la suite des injections sclérosantes l'apparition habituelle d'un processus de « veinite » localisée à l'endoveine : aussi l'existence d'une phlébite variqueuse apparaît-elle comme une contre-indication absolue à l'emploi de la méthode sclérosante.

Comme conclusion, P. et R. insistent sur l'extrême rareté des accidents graves, si l'on applique les règles de technique appropriées et si l'on se souvient de la contre-indication que représente une infection veineuse antérieure.

La mortalité est ici bien inférieure à celle du traitement chirurgical; le traitement sclérosant est aujourd'hui sorti de la phase expérimentale et représente la meilleure thérapeutique a opposer aux varices des membres inférieurs.

Pierre-Noel Deschamps.

A. Aller et R. Smithwick (de Boston). ***L'emploi de la protéinothérapie dans le traitement des affections vasculaires périphériques*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCI, n° 16, 20 Octobre 1928). — A. et S. ont eu l'idée de traiter par des injections intra-veineuses de vaccin antityphoïdique 25 sujets atteints d'affections vasculaires périphériques (troubles vaso-moteurs, thrombo-angéite oblitérante et artérite par artério-sclérose, soit sénile, soit diabétique), de façon à provoquer, sur l'action d'une albumine hétérogène, une réaction hyperémique locale qui pût améliorer les phénomènes d'ischémie ou de gangrène. Ils ont employé à cet effet le vaccin T. A. B. normal de l'Etat de Massachusetts, qu'ils injectaient à des doses variant de 25 millions à 300 millions de germes, de façon à ne pas dépasser une réaction générale légère. Les injections étaient le plus souvent répétées fréquemment, plusieurs fois par semaine pendant plusieurs mois, avant d'obtenir un résultat. Dans tous les cas, on voyait d'abord apparaître, en même temps qu'un frisson plus ou moins prolongé et des douleurs diffuses, une cyanose marquée avec refroidissements des extrémités et une exacerbation des souffrances locales au niveau du membre atteint; puis, après cette phase de vaso-constriction, une vaso-dilatation réflexe survenait avec rougeur et chaleur des extrémités. Cette réaction hyperémique persistait en général plusieurs jours. En même temps, des études capillaroscopiques ont montré un accroissement marqué de la circulation capillaire durant toute cette période de vaso-dilatation réflexe.

Parmi les 25 cas étudiés, dans 2 cas, il s'agissait de troubles vaso-moteurs, dans 13 cas, de thrombo-angéite oblitérante juvénile; 6 malades étaient atteints d'artérite oblitérante athéromateuse, sénile ou diabétique, et 4 présentaient des syndromes de classement difficile par rapport à leur origine fonctionnelle ou organique. D'autre part, 19 malades étaient au stade de gangrène, et 6 ne présentaient que des troubles ischémiques sans ulcérations. Enfin certains de ces sujets avaient déjà subi des amputations successives. Or, parmi les 19 cas de gangrène, 12 malades ont été suffisamment améliorés pour avoir pu reprendre leurs occupations. Dans l'ensemble, on peut admettre, d'après A. et S., que les injections intra-veineuses répétées d'albumines hétérogènes dans les artérites provoquent une réaction hyperémique, comparable à celle que crée la sympathectomie péri-artérielle, mais plus marquée, plus durable et obtenue à moindres frais. Ce mode de traitement serait sans inconvénients, bien que certains sujets aient subi des injections répétées durant 5 mois. En moyenne, les injections peuvent être répétées tous les 7 jours ou même à intervalles plus rapprochés; elles ont une action très nette sur la guérison du processus ulcéreux. Elles peuvent d'ailleurs être combinées avec les traitements conservateurs classiquement appliqués en cas d'artérite oblitérante.

Pierre-Noel Deschamps.

R. Gesell (de Ann Arbor). ***La régulation de la ventilation pulmonaire par l'acidité du sang, des humeurs et des tissus*** (*Journal of the American medical Association*, tome LXXXXI, n° 17, 27 Octobre 1928). Il est généralement admis, depuis les travaux de Winterstein, Hasselbach, Haldane, Henderson, Theans, que la concentration du sang en ions hydrogènes règle la ventilation pulmonaire, l'ion hydrogène excitant le centre respiratoire, en même temps qu'il règle l'équilibre acido-basique du sang. Cependant, certains faits vont à l'encontre de cette manière de voir, que G. n'admet pas. C'est ainsi qu'on peut voir survenir, dans certains cas, une augmentation de la ventilation pulmonaire coïncidant avec une augmentation de l'alcalinité du sang. D'autre part, si l'on injecte, par voie intra-veineuse, du bicarbonate de soude, les effets sur la ventilation pulmonaire sont foncièrement différents, suivant la façon dont est poussée l'injection, et notamment sa plus ou moins grande rapidité; et, suivant les cas, la ventilation pulmonaire demeure invariable, s'accroît ou diminue. De même, par inhalation d'un mélange gazeux pauvre en oxygène, la ventilation s'accroît en même temps que l'équilibre acido-basique varie dans le sens de l'alcalinité; il en est également ainsi à la suite d'injections intraveineuses de cyanure de sodium. Il existe donc, fréquemment, un rapport inverse entre l'importance de la ventilation pulmonaire et le degré plus ou moins marqué d'acidité du sang. Aussi G. admet-il que le centre respiratoire possède une concentration en ions H, c'est-à-dire une acidité, qui lui est propre et qui est indépendante de l'équilibre acido-basique du sang : c'est elle qui règle les échanges gazeux du niveau des poumons et l'importance de la ventilation pulmonaire. A l'appui de cette théorie, G. apporte, en un résumé d'ailleurs très succinct, les résultats de certaines expériences où il a fait varier les échanges respiratoires par injections intraveineuses de bicarbonate de soude et d'acide chlorhydrique; mais l'absence presque complète d'explications précises ne permet guère d'apprécier la valeur démonstrative de ces recherches.

Pierre-Noel Deschamps.

H. Spiro et W. Newmann (de San Francisco). ***La quinidine dans la fibrillation auriculaire*** (*Journal of the American medical Association*, tome LXXXXI, n° 17, 27 Octobre 1928). — S. et N. appportent ici les résultats d'une expérience clinique ayant porté sur 41 cas de fibrillation auriculaire et parmi lesquels la régulation du rythme fut obtenue chez 35 malades, c'est-à-dire dans 80 pour 100 des cas.

Dans un aperçu d'ensemble sur l'action cardiaque de la quinine et de la quinidine, où les travaux allemands trônent à la place d'honneur et où les recherches parues en France, notamment celles de Clerc et de Pezzi, sont soigneusement passées sous silence, S. et N. rappellent les caractères fondamentaux de l'action pharmacodynamique des composés de la série quinique, d'où dérivent leurs indications. Ils insistent, en particulier, sur la différence essentielle entre les effets cardiaques de la quinidine et de la digitaline, ce qui fait que ces deux médicaments doivent être employés dans un but très différent, la quinidine se montrant spécifiquement le médicament de l'arythmie complète.

Toutefois, le travail de S. et N. a surtout pour but de préciser le rôle toxique de la quinidine et l'importance des accidents qu'elle peut provoquer.

En premier lieu, on a rapporté des cas où, lors de


Médication
Anti-Bacillaire

l'administration de quinidine après la cure digitalique, on vit apparaître des phénomèees paralytiques ou même la mort subite, au moment où l'arythmie complète disparaissait et où le rythme devenait régulier; on considère habituellement de tels accidents comme de nature embolique.

S. et N. montrent que, d'une façon générale, les accidents de la médication quinidique, qui sont rares, seront presque toujours évités si l'on s'astreint aux règles suivantes (bien connues en France actuellement et à propos desquelles les auteurs américains ne nous apportent aucune donnée nouvelle):

Ne pas administrer le médicament tant qu'on observe des signes de décompensation cardiaque; faire précéder la cure quinidique d'une cure digitalique, mais ne pas administrer en principe les deux médicaments simultanément : c'est lors de cette administration simultanée que les accidents ont été surtout observés. On peut admettre que le sujet est prêt à subir la cure quinidique quand le rythme du pouls est le même que celui du cœur et ne dépasse pas 84 pulsations, et quand le malade peut supporter sans dommage un exercice modéré. Il est nécessaire, d'autre part, pour administrer la quinidine, que le malade soit à l'hôpital, et que la fibrillation auriculaire soit contrôlée au moyen d'électrocardiogramme.

Durant la cure, voici les symptômes qui peuvent faire craindre l'apparition d'accidents : l'apparition de pétéchies, qui doivent être recherchées journellement avec grand soin; l'existence de dyspnée, d'angoisse respiratoire, surtout lorsqu'elle s'accompagne de cyanose : en ce cas, il faut cesser la quinidine et administrer de la caféine, qui peut être considérée comme l'antidote de cette dernière. Enfin, si l'on voit apparaître brusquement une tachycardie dépassant 125, on doit cesser la quinidine, car celle-ci pourrait provoquer la fibrillation ventriculaire.

En second lieu, les signes qui, *a priori*, doivent faire craindre un insuccès, sont les suivants : diarrhée et vomissements; présence d'albuminurie ou de symptômes de mal de Bright; ou encore coïncidence de fibrillation auriculaire et d'hypertension.

Enfin, on peut escompter le retour à un rythme régulier dans les circonstances suivantes : quand l'administration de quinidine n'amène aucun malaise, car alors le malade est tolérant à la quinidine et on peut augmenter les doses; quand le pouls devient plus lent et plus régulier; en ce cas, il y a une indication à prolonger le traitement; quand le pouls s'accélère légèrement, tout en devenant régulier.

S. et N. terminent enfin leur travail en précisant la posologie de la quinidine aux doses bien connues, s'échelonnant de 0,20 centigr. à 6 gr. Il n'y a là non plus rien de nouveau dans ces indications posologiques.

PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

N. Ferry, Gordon, Munro, Steele et Fischer. ***Résultats cliniques avec la toxine et l'antitoxine streptococciques dans la rougeole*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCI, n° 17, 27 Octobre 1928). — F. et F., en 1906, isolèrent du sang des rougeoleux un streptocoque qu'ils nommèrent *streptococcus morbilli* et en partant duquel ils préparèrent une toxine et une antitoxine (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, tome LXXXVI, p. 932, Mars 1926). Le présent travail représente la continuation de leurs expériences à ce sujet.

En premier lieu, ils ont employé le sérum antitoxique à titre préventif chez 26 enfants ayant été en contact avec des rougeoleux. Un d'entre eux fit une rougeole typique, tous les autres (soit 96 pour 100) demeurèrent indemnes; parmi les 26 enfants témoins n'ayant pas reçu de sérum, 8 (soit 30 pour 100) contractèrent la maladie.

Dans un second hôpital, un nombre d'enfants beaucoup plus grand reçurent des doses prophylactiques de sérum (les uns, 5 cmc; les autres, 10 cmc) et, d'autre part, on prit comme témoins, d'une part, des enfants n'ayant reçu aucun sérum et, d'autre part, des enfants ayant subi une injection préventive de sérum de convalescents. 42 pour 100 des sujets traités par le sérum antistreptococcique furent préservés tandis que 19 pour 100 seulement des sujets ayant reçu le sérum de convalescents demeurèrent indemnes.

Enfin, dans un troisième centre hospitalier, la proportion des enfants traités par le sérum antistreptococcique et demeurés indemnes de rougeole s'est élevée à 67 pour 100. La proportion globale pour ces trois séries d'expériences fut donc de 66 pour 100, et la proportion s'éleva à 78 pour 100 chez les enfants ayant reçu 20 cmc de sérum.

L'action préventive du sérum préparé avec la toxine de *streptococcus morbilli* serait donc bien supérieure à celle que donne le sérum de convalescent dans la rougeole.

PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

W. Dickie (de Sacramento). ***Le traitement éloigné de la poliomyélite*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCI, n° 19, 10 Novembre 1928). — En Californie, existe toute une organisation d'Etat pour le traitement orthopédique des enfants paralysés et notamment des poliomyélitiques, organisation dont D. expose ici les modalités. On a créé un véritable Office de traitement des poliomyélitiques, chargé de diriger les enfants atteints vers les hôpitaux et les établissements de cure. Les hôpitaux spécialisés dans le traitement orthopédique sont au nombre de 31, dont 9 sont à San Francisco, 5 à Los Angeles et 10 dans des districts ruraux. Il existe d'autre part des policliniques chargées du dépistage et du traitement des poliomyélitiques.

Une telle organisation permit, en 1927, un traitement méthodique des malades lors d'une épidémie de poliomyélite apparue aux Etats-Unis. D. envisage la thérapeutique à opposer à la maladie successivement à la phase aiguë et à la phase chronique. A la phase aiguë le traitement se résume surtout dans la sérothérapie (sérum de convalescent et sérum antistreptococcique de Rosenow), et dans les précautions à prendre pour éviter les déformations ultérieures (à ce point de vue D. conseille l'application d'un appareil plâtré) ainsi que pour faire reparaître la motilité dans les muscles paralysés (massages, mobilisation, électrothérapie).

La création de maisons de convalescence susceptibles de recevoir les malades après traitement à l'hôpital, ainsi que d'un corps d'infirmières visiteuses, vient compléter l'organisation créée en Californie à l'égard de la poliomyélite, en somme sur le modèle des organisations antituberculeuses.

PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

S. Harris (de Birmingham). ***Le rôle des vitamines dans l'étiologie et le traitement de l'ulcère gastro-duodénal*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCI, n° 19, 10 Novembre 1928). — On tend de plus en plus, aujourd'hui, à faire jouer à l'infection un rôle important dans l'étiologie de l'ulcère gastro-duodénal. Pour expliquer l'apparition de ce processus infectieux, c'est-à-dire la diminution de la résistance de la paroi gastrique aux actions microbiennes, nombre d'auteurs invoquent la déficience des vitamines dans l'alimentation. H. relate les principales recherches effectuées sur ce sujet dans les pays de langue anglaise. Parmi les plus importantes, il faut citer surtout les travaux d'un chirurgien anglais, Mac Carrison. Celui-ci, au cours de longues années d'exercice aux Indes anglaises, sur les confins de l'Himalaya, avait remarqué que les populations de ces régions, malgré les déplorables conditions d'hygiène où elles vivaient, ne présentaient que tout à fait exceptionnellement des affections ulcéreuses du tube digestif; il attribuait l'absence de celles-ci au fait que les habitants de ces contrées se nourrissaient presque exclusivement de légumes, de fruits, de lait, c'est-à-dire de substances riches en vitamines.

Les expériences entreprises par Harris paraissent confirmer cette manière de voir. Sur 2 lots de chacun 36 singes, les uns nourris au moyen d'aliments riches en vitamine et les autres alimentés avec des produits hydrocarbonés stérilisés, c'est-à-dire privés de vitamines, le nombre des affections ulcéreuses s'éleva à 10 cas dans le 2e lot alors qu'aucune n'était observée dans le 1er. De même, les singes pourvus de vitamine s'infectent beaucoup moins facilement au moyen d'*entamœba histolytica* administré *per os* que ceux dont le régime en est dépourvu.

Aux Etats-Unis, suivant H., la grande fréquence des ulcères gastro-duodénaux, et, d'une façon générale, des affections de l'appareil digestif et de ses annexes, s'expliquerait par l'alimentation actuelle des Américains, où domine le pain blanc, les pommes de terre, le riz, les viandes maigres, les aliments sucrés et le sucre sous ses différentes formes; il s'agit donc, dans l'ensemble, d'une alimentation constituée avant tout par des hydrocarbones privés de vitamines. Il est frappant de voir que la consommation des aliments avitaminés aux Etats-Unis s'est accrue parallèlement à l'augmentation du nombre de cas d'ulcères gastro-duodénaux, de 1870 à 1926.

Le défaut des régimes actuellement institués en cas d'ulcère digestif (régimes qui dérivent plus ou moins, d'après H., du régime de Lenhartz) est qu'ils ne tiennent pas assez compte de la teneur des aliments en vitamines. Beaucoup d'entre eux, après la seconde semaine, contiennent un excès d'hydrocarbones et de protéines, s'accompagnant d'une insuffisance en protéines *A*, *B* et *C*. La graisse du lait (contenue dans le lait lui-même, la crème, le beurre) est la meilleure source de vitamine A; les légumes verts en sont également abondamment pourvus.

Si l'on veut serrer de plus près le problème, on s'aperçoit que la vitamine B ou vitamine antineuritique (qui entre en jeu par exemple dans la pathogénie du béribéri) peut agir en commandant le processus nerveux vago-sympathique dont le trouble joue un rôle si important dans la pathogénie des ulcères; la vitamine C (ou vitamine antiscorbutique), contenue avant tout dans les fruits et les crudités, le jus d'orange ou de citron, agit directement pour préserver le tube digestif contre l'infection.

Sur ces bases, H. établit un régime riche en vitamines pour les sujets atteints d'ulcère gastro-duodénal, à la phase aiguë et chronique.

PIERRE NOEL DESCHAMPS.

LA SEMANA MEDICA
(Buenos Aires)

A. Speroni et A. C. Muscio. ***L'histamine dans l'étude de la sécrétion gastrique*** (*La Semana medica*, tome XXV, n° 40, 4 Octobre 1928). — L'épreuve de l'histamine a été proposée par Carnot et Libert pour étudier la sécrétion gastrique. Dans l'estomac une fois vidé et lavé on introduit une petite sonde du type duodénal qui permet de retirer, aussi souvent qu'on le désire, du suc gastrique. La sonde une fois introduite, on injecte sous la peau la solution d'histamine (phosphate acide, chlorhydrate, etc. 1 milligr. additionné de 1/4 de milligr. d'adrénaline). A la suite de l'injection, au bout de 3 minutes environ, surviennent des troubles qui rappellent ceux d'un choc atténué.

A l'état normal, la sécrétion gastrique apparaît de la 10e à la 15e minute pour cesser au bout de 90 à 108 minutes. Elle atteint en tout de 150 à 170 cmc. Son acmé se produit entre la 45e et la 60e minute. L'acidité, au début de 1,5 à 2 pour 100, atteint 3 à 3,5 pour 100.

Chez les hyperchlorhydriques, le maximum de la sécrétion se produit de la 35e à la 40e minute, avec une acidité qui se maintient très élevée. La courbe de l'ulcère offre deux types principaux : dans le 1er type l'ascension rapide est suivie d'une descente, suivie elle-même d'une ascension en clocher avec acidité très marquée; le 2me type serait parallèle au type normal mais dans un registre beaucoup plus élevé.

Chez les hypochlorhydriques, dont la muqueuse n'est toutefois pas atrophiée, l'histamine donne des chiffres beaucoup moins élevés tant pour le volume du liquide sécrété que pour sa teneur en HCl.

S. et M. ne sont pas des fanatiques de la méthode en raison des réactions désagréables qu'elle occasionne. L'avantage, qui consiste à avoir un liquide sans débris, peut être obtenu avec un repas d'épreuve liquide. D'autre part les résultats de cette méthode ne se superposent pas à ceux des méthodes avec repas d'épreuve. Or, disent S. et M., il importe moins de savoir comment la muqueuse réagit à l'histamine que la façon dont elle se comporte à l'égard d'un aliment habituel.

M. NATHAN.

RÉPERTOIRE DE MÉDECINE PRATIQUE

Un classeur des **Répertoires de Médecine pratique** *est en vente à nos bureaux au prix de : France et étranger,* **9** *francs (envoi franco).*

(N° 490)

Les angines érythémateuses

La gorge, dans son ensemble (isthme, voile du palais et ses piliers, amygdales, cæcum), sert de passage aux voies respiratoires et aux voies digestives. Ce grand carrefour est continuellement traversé par les courants aériens avec les particules visibles ou invisibles qu'ils véhiculent; et, par intervalles, il livre passage aux aliments et aux boissons.

Par son siège et par ses fonctions, notre gosier est exposé aux injures extérieures; mais, sentinelle avancée des organes vitaux, il est heureusement pourvu d'armes défensives, de follicules lymphatiques et de glandes qui sont comme des forts d'arrêt contre les impuretés, les corps étrangers, les germes infectieux de toute sorte. Et c'est pourquoi l'on peut discuter, au point de vue prophylactique et phagocytaire, l'utilité des opérations radicales qui portent sur les amas lymphoïdes du pharynx. Quoi qu'il en soit, le rôle important et de tous les instants que la gorge est appelée à jouer chez l'enfant, chez l'adulte, chez le vieillard, fait prévoir et explique les lésions multiples et les troubles fonctionnels qu'elle subira au cours de l'existence.

Aux causes d'ordre anatomique et physio-pathologique signalées plus haut, les adultes ajoutent un fort contingent d'habitudes mauvaises, de vices, d'excès, de tares héritées ou acquises : tabac, alcool, abus voeaux, syphilis, tuberculose, etc. Chez le jeune enfant, nous n'avons que peu à compter avec les tares et habitudes vicieuses, mais avec une fragilité particulière de la muqueuse, avec la réceptivité morbide d'un terrain vierge non immunisé. Toutes les influences pathologiques se font sentir avec une grande fréquence et une déplorable intensité sur les gorges infantiles, et le chapitre des angines offre, dans le jeune âge, une étendue considérable. Nous ne parlerons pas des abcès amygdaliens et rétro-pharyngiens, des végétations adénoïdes et des adénoïdites, des angines diphtériques et diphtéroïdes, de l'herpès guttural, de l'angine de Vincent, des amygdalites aiguës et chroniques, des laryngites spasmodiques et œdémateuses, de la syphilis, de la tuberculose et des néoplasmes.

Le fond de la gorge devient rapidement d'un rouge intense dans diverses circonstances : fièvres éruptives (rougeole et scarlatine), fièvre typhoïde, grippe, rhumatisme aigu, pneumonie et septicémies aiguës, refroidissement subit.

Cette rougeur du voile du palais, des piliers, de la luette, des amygdales palatines, de la paroi postérieure du pharynx s'accompagne le plus souvent d'adénoïdite qu'on ne voit pas, de ce que Leméc nomme *angine rétro-nasale*, de laryngo-trachéite parfois.

Parfois, la douleur est assez vive pour immobiliser le cou et simuler un torticolis. Il y a en même temps une réaction ganglionnaire plus ou moins accusée; les ganglions angulo-maxillaires sont gonflés et sensibles à la pression. Quand ils prennent un gros volume, on parle de *fièvre ganglionnaire*. On note, dans quelques cas, des points blancs ou un enduit pultacé sur les amygdales. La fièvre est un élément important de l'angine érythémateuse. Elle monte d'emblée à 39° et 40°, mais elle est éphémère; au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, le thermomètre descend à 37°5 ou 37°. Quand un jeune enfant, un nourrisson, est pris tout à coup de fièvre, sans autre symptôme apparent, sans toux, sans râle de bronchite, au lieu d'accuser l'éruption dentaire, qu'on prenne la peine de regarder dans la gorge; on découvre une angine érythémateuse qui fixe le diagnostic.

1° L'enfant ou l'adulte sera mis au lit, s'il n'y est déjà, et ne se lèvera qu'après disparition de la fièvre. L'alitement n'exclut pas l'aération (fenêtre ouverte ou entr'ouverte, suivant l'état météorologique). Chambre entre 16° et 18°;

2° Applications chaudes et humides au devant et sur les côtés du cou : ouataplasme ou compresses trempées dans l'eau à 40°, taffetas gommé et bandeau; réchauffer les compresses chaque deux ou trois heures;

3° Gargarismes fréquents ou irrigations avec :

Chlorate de potasse	10 gr.
Sirop diacode	20 gr.
Sirop de mûres	30 gr.
Décoction de feuilles de ronces. Q. s. p.	1000 gr.

4° Pulvérisations à vapeur matin et soir pendant cinq minutes, la bouche grande ouverte, avec une cuillerée à soupe de liqueur Labarraque ou d'eau oxygénée par gobelet d'eau;

5° Introduire trois fois par jour dans chaque narine, avec une cuiller à café, 8 à 10 gouttes d'argyrol à 1/50 ou de :

Huile stérilisée	10 gr.
Eucalyptol	ââ 0 gr. 10
Camphre	

6° Diète liquide : lait, bouillon, tisanes, etc.

J. Comby.

RÉPERTOIRE DE MÉDECINE PRATIQUE

Un classeur des **Répertoires de Médecine pratique** *est en vente à nos bureaux au prix de : France et étranger,* **9** *francs (envoi franco).*

(N° 491)

Traitement de tous les vomissements de la grossesse légers, graves ou incoercibles

Tous les vomissements au cours de la grossesse sont curables, qu'ils soient légers, graves ou incoercibles. J'ai guéri des vomissements incoercibles pour lesquels l'avortement était décidé.

Une formule aussi absolue peut paraître suspecte. Mon expérience de la question est telle que j'ai le droit de la maintenir. Je l'ai fait vérifier à de très nombreux médecins et accoucheurs.

Tous ces vomissements au cours de la grossesse sont des vomissements banaux, non spécifiques, liés à la dyspepsie, à la dilatation atonique de l'estomac et surtout à l'aérophagie. Ces trois causes agissent séparément ou isolément.

D'où la nécessité de varier le traitement, selon l'étiologie simple ou complexe.

Tous les détails du traitement ont une importance extrême. Les échecs que j'ai constatés tenaient à l'inobservance d'un détail considéré comme négligeable. Le redressement de l'erreur était constamment suivi de la guérison.

J'ai publié des observations démonstratives à la *Société de Thérapeutique* (11 Novembre 1925), dans le *Monde médical* (1er-15 Avril 1928) et dans la *Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique* (Novembre 1928).

Technique thérapeutique.

Dyspepsie. — Repos absolu au lit. Alimentation : premier jour, diète hydrique (1.500 gr. d'eau ou d'infusions sucrées; une tasse de 150 gr., toutes les heures et demie). Deuxième jour, diète lactée (750 gr. de lait et 750 gr. de tisane mélangés, sucrés, donnés par tasse de 150 gr. toutes les heures et demie). Troisième jour, 1.500 gr. de lait pur ou parfumé de vanille, oranger, café. Une tasse de 300 gr. toutes les trois heures. Les jours suivants, réalimentation progressive à fixer qualitativement et quantitativement.

Médication. — 1 gr. de bromure de sodium, avec le liquide pris à midi et à 7 heures du soir.

Applications humides et chaudes presque permanentes sur l'abdomen. La durée d'application variera avec le degré d'hyperesthésie du plexus solaire.

Aérophagie. — Même alimentation, même médication complétée par l'emploi de la potion :

Carbonate de bismuth.	10 gr.
Gomme arabique	20 gr.
Eau distillée stérilisée	300 gr.

Une cuillerée à soupe cinq fois par jour au début.

Cuillerées à dessert, puis à café, à mesure que les progrès s'accentuent.

Mouvements respiratoires : exercices de la bougie soufflée, c'est-à-dire expirations prolongées, répétées cinq fois à la suite, toutes les demi-heures. Au total, vingt séries de cinq expirations par vingt-quatre heures.

Cracher la salive. Boire tous les liquides avec un chalumeau.

Dilatation gastrique. — Immobilisation au lit, le siège relevé par des coussins, quinze minutes par heure. Cette attitude devient impossible s'il y a de l'aérocolie, car elle provoque de la dyspnée.

Même alimentation que dans les cas précédents. Médication bromurée.

Dès le lever, soutenir l'estomac avec un corset ou mieux avec une bande Velpeau de 30 cm. de hauteur, étalée en éventail sur les fesses et très étroite au-dessus du pubis.

Ce bandage peut être appliqué pendant le séjour au lit.

Il est très important de conseiller à la malade d'éviter le vomissement. Dans ce but, dès que la nausée apparaît, elle fera des exercices respiratoires complémentaires; elle absorbera de l'eau de Seltz, par verre à liqueur, de cinq en cinq minutes. Autant la potion de Rivière, classique, est nocive, autant est intéressant l'emploi de l'acide carbonique, sous cette forme. La potion de Rivière réalise une distension infiniment trop brusque de la cavité gastrique. L'acide carbonique paraît agir comme anesthésiant.

Il ne faut se préoccuper, ni de la constipation, ni de la diminution des urines durant les premiers jours. Je les considère comme des phénomènes physiologiques, comme des symptômes de défense, apparaissant chez des sujets déshydratés, ayant souvent perdu un grand nombre de kilogrammes et qui fixent avec avidité tous les liquides qui leur sont donnés.

G. Leven.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX et de la RÉGION DU SUD-OUEST (Bordeaux)

J. Gourdon (Bordeaux). ***Le spondylolisthésis, ses causes, son traitement*** (*Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, tome CVI, n° 181, 10 Mars 1929). — Le *spondylolisthésis* (σπονδυλος, vertèbre; ολισθησις, glissement) définit le déplacement d'un segment de la colonne vertébrale sur le segment inférieur; presque toujours c'est la 5e vertèbre qui se porte en avant de la 1re sacrée.

Pour comprendre la *pathogénie* et *l'étiologie* du spondylolisthésis, il faut se rappeler que normalement la face inférieure de la 5e lombaire est très oblique d'avant en arrière et de bas en haut; cette vertèbre a donc une tendance à se porter en avant, mais elle repose sur la base du sacrum, horizontale, et elle est retenue par la disposition des articulations lombo-sacrées et la puissance des ligaments postérieurs. Pour qu'un spondylolisthésis se produise, il faut qu'il y ait un point faible sur la vertèbre elle-même ou un relâchement dans les articulations et les ligaments. Le point faible peut résider dans un défaut de soudure entre les points d'ossification antérieurs et postérieurs, les premiers formant le corps, les arcs, les apophyses transverses et articulaires supérieures, les seconds les lames, les apophyses articulaires inférieures et l'apophyse épineuse ; de ce fait, il persiste une solution de continuité dans la vertèbre, sous forme d'une simple fissure ou d'une fente plus ouverte, sous-périostée. Ces fissures peuvent aussi se produire sur des vertèbres bien constituées à la suite d'un traumatisme; mais c'est là une éventualité rare. D'autres anomalies peuvent favoriser le glissement de la 5e lombaire : forme biseautée accentuée du corps vertébral et défaut d'adaptation des surfaces articulaires sacro-lombaires, disparition du disque intervertébral, faiblesse des ligaments postérieurs unissant la 5e lombaire à la 4e et au sacrum. Enfin, bien que n'étant pas altérée dans sa forme ni dans la résistance de ses différentes parties, la 5e lombaire peut être déplacée par modification dans la direction ou dans la stabilité de la base du sacrum (lombalisation de la 1re vertèbre sacrée).

Ceci étant dit des causes prédisposantes anatomiques du spondylolisthésis, la cause efficiente de ce déplacement réside dans une surcharge du poids du corps obliquement appliquée d'arrière en avant, et exagérant la lordose lombaire. Or la lordose lombaire est exagérée par certaines attitudes, telles que la station debout prolongée, la grossesse, l'obésité, le port répété de fardeaux trop lourds. Elle est d'autant plus marquée que le sujet a des tissus moins résistants et c'est ce qui explique que le spondylolisthésis s'observe surtout chez les jeunes et chez les femmes.

L'évolution clinique du spondylolisthésis commence de 25 à 30 ans; elle se fait en 3 étapes souvent assez espacées : manifestations douloureuses, troubles fonctionnels du côté des membres inférieurs, déformations apparentes du tronc et du bassin.

Faire le *diagnostic* clinique d'un spondylolisthésis arrivé à la période d'état est relativement facile si l'on connaît les symptômes ci-dessus décrits de cette affection. Le diagnostic est plus délicat, dans la période de début, alors que les symptômes subjectifs se réduisent aux douleurs à point de départ lombo-sacré avec propagation dans la région des fesses et des cuisses. Les troubles sont, habituellement, rapportés au lumbago, au rhumatisme vertébral ou musculaire, à des accidents d'origine médullaire, à la coxalgie. La radiographie de profil pourra éclairer ce diagnostic, mais il n'est pas facile d'interpréter un cliché de colonne vertébrale à ce stade de la maladie.

Le *pronostic* du spondylolisthésis est sérieux : plus ou moins rapidement, suivant leur genre de vie, les malades s'acheminent vers l'infirmité par l'impotence progressive de leurs membres inférieurs et par les douleurs lombo-sacrées de plus en plus vives dans la station assise. Les considérations obstétricales suggérées par la déformation ou le déplacement de la 5e vertèbre lombaire sont variables suivant que l'aire du détroit supérieur est plus ou moins obstruée. Neugebauer a relevé que, sur 124 accouchements de femmes spondylolisthésiques, on avait dû pratiquer l'accouchement prématuré dans 25 cas.

Pour être efficace, le *traitement* doit comprendre 3 temps : la distension des ligaments postérieurs rétractés, par le repos au lit et l'extension continue; le redressement simultané du segment lombaire et du bassin; au moyen de deux sangles appliquées l'une sur la région abdominale, l'autre sur la partie inférieure du sacrum, le maintien du redressement par l'application d'un corset plâtré laissé en place de 4 à 6 mois.

Ce traitement a donné de bons résultats dans tous les cas où il a été appliqué et G. en rapporte 4 observations probantes. Au point de vue fonctionnel, les malades ont vu disparaître, dès le redressement obtenu, les douleurs lombo-sacrées avec irradiations uni- ou bilatérales, la raideur rachidienne, la sensation de faiblesse dans les membres inférieurs. Au point de vue anatomique, la radiographie d'un spondylolisthésis grave, prise un an après le traitement, a démontré l'heureuse influence du redressement sur la 5e vertèbre lombaire et sur le sacrum.

J. Dumont.

GAZETTE HEBDOMADAIRE des SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

M. Charbonnel et L. Massé (Bordeaux). ***Quatre nouveaux cas d'artériographie des membres avec l'iodure de sodium*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, tome IV, n° 17, 28 Avril 1929). — Nous avons publié ici même (voir *La Presse Médicale* du 16 Février 1929, n° 14 [Analyses p. *19*]) le 1er cas d'artériographie des membres obtenue par C. et M. avec la solution d'iodure de sodium à 25 pour 100 injectée dans la fémorale au niveau du canal de Hunter. Lors de la présentation devant la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, la malade venait de subir, 2 jours auparavant, une amputation de Syme qu'on avait estimé pouvoir faire plutôt qu'une amputation de jambe ou de cuisse, à cause de la visibilité d'un réseau artériolaire collatéral assez net jusqu'au talon. En fait, au bout de 4 à 5 jours, les bords du Syme se sphacélèrent (sphacèle sec) alors qu'à la coupe du lambeau il y avait eu un suintement sanguin en nappe; et, devant l'aggravation de l'état général chez cette femme âgée, albuminurique, diabétique, on se résolut, au 20e jour, à faire une amputation de cuisse (artère fémorale presque oblitérée, lambeaux saignants), amputation à laquelle elle succomba au bout de 8 jours, sans qu'il y ait eu rien d'anormal au niveau du moignon.

Au point de vue clinique, le résultat de cette expérience n'a donc rien de probant; mais expérimentalement il s'est tout au moins vérifié qu'au niveau d'une amputation pourtant très basse, sur un membre dont les artères étaient très haut sclérosées et sténosées, il y avait du saignement des lambeaux là où l'artériographie avait montré des artérioles injectées.

C. et M. publient aujourd'hui 4 autres cas, instructifs à divers points de vue pour l'étude et la mise au point de cette méthode récente.

Cas 1. — Il s'agit d'un homme de 73 ans, atteint de gangrène de l'avant-pied gauche, avec infection et fièvre. L'injection de 11 cmc d'iodure de sodium à 25 pour 100, à la pointe du triangle de Scarpa, dans une artère très rigide et partiellement obstruée, permet d'obtenir un cliché où l'on voit, à côté d'artères calcifiées, un fin chevelu de collatérales musculaires, qui sont injectées jusqu'au tiers supérieur de la jambe; un cliché, pris 10 minutes après, montre que tout a disparu dans la circulation de retour. Ce résultat, joint à celui des divers examens de la perméabilité artérielle (oscillométrie, épreuve de Mosckowicz, test d'Aldrich et Mac Clure) permettait de conclure à la possibilité d'une amputation de jambe au lieu d'élection. Néanmoins, on se décida, chez cet homme âgé et fatigué, à faire une amputation de cuisse au 1/3 inférieur pour couper en tissu irrigué au maximum possible afin d'obtenir une réunion primitive et éviter à tout prix une recoupe. L'opéré succomba 10 jours après, dans un demi-coma, le moignon étant cependant en bon état.

Cas 2. — Un homme de 65 ans présente des gangrènes localisées l'une au gros orteil droit, avec infection, odeur fétide et ostéite, l'autre au petit orteil gauche, et, de plus, des lésions de pyodermite étendues. L'injection de 11 cmc, au canal de Hunter, d'une solution d'iodure de sodium à 25 pour 100 dans une artère fémorale souple permet d'obtenir une très belle artériographie : tout l'arbre artériel est injecté jusqu'aux orteils. Cela confirme C. et M. dans leur décision d'expectation et de conservation que l'oscillométrie leur avait déjà dictée. Actuellement, le malade présente un bon état général, et, au point de vue local, il y a une amélioration certaine. Il faut noter qu'il a un peu souffert quelques heures après l'injection, mais plus du tout ensuite.

Cas 3. — Un homme de 60 ans est atteint de gangrène sèche des orteils gauches, lentement progressive, non infectée, assez douloureuse. Dans ce cas, l'artériographie (injection au canal de Hunter) a été difficile; le malade s'est plaint, a même crié, s'est agité au moment de l'injection, si bien qu'on a dû faire une radiographie instantanée quand il n'y avait que 5 cmc d'injectés. On n'a vu que quelques très fines artérioles injectées dans le mollet jusque vers le talon. Ce minime renseignement suffit pourtant à confirmer la possibilité de l'expectative avec le traitement médical et physiothérapique et, si l'amputation se montrait nécessaire, à poser l'indication d'une amputation de jambe au lieu d'élection.

Cas 4. — Homme de 69 ans présentant une gangrène sèche des orteils droits. Dans ce cas, malgré une oscillométrie négative au cou-de-pied, l'artériographie montre des artères perméables jusqu'au moins à l'avant-pied, mais elles sont assez grêles et la circulation collatérale est réduite. Conclusion : malade à surveiller, avec traitement médical. De fait, la gangrène s'est étendue lentement à tout l'avant-pied; mais un sillon d'élimination très net s'est formé, et s'il n'y a pas d'infection, une amputation très économique pourra être envisagée.

En somme, ces 4 nouvelles observations montrent tout au moins que, à la concentration de 25 pour 100, l'injection de la solution d'iodure de sodium est inoffensive et le plus souvent non douloureuse (elle ne l'a été que passagèrement dans l'obs. 3) et qu'elle n'aggrave pas la gangrène. Un nombre plus considérable de cas est évidemment nécessaire pour montrer la valeur de cette méthode d'artériographie comme moyen d'investigation de la perméabilité artérielle et de la circulation collatérale artério-capillaire dans les artérites et gangrènes des membres.

J. Dumont.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

G. Florence, J. Creyssel et J. Enselme (Lyon). ***Recherches sur le métabolisme basal dans les affections thyroïdiennes*** (*Journal de Médecine de Lyon*, tome X, n° 220, Mars 1929). — Depuis que l'étude du métabolisme basal est entrée dans le domaine clinique, c'est principalement aux syndromes thyroïdiens — maladie de Basedow en particulier —

qu'elle a été appliquée, et les auteurs américains, notamment, ont tiré de sa recherche systématique des conclusions importantes au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement de ces états d'hyperthyroïdie.

F., C. et E. apportent dans ce travail le résultat des observations faites par eux depuis deux ans sur des sujets atteints de maladie de Basedow ou d'adénomes toxiques du corps thyroïde. Ces observations confirment dans leurs grandes lignes les résultats des auteurs étrangers. Elles en diffèrent sur quelques points; notamment, il semble injustifié d'établir, au point de vue du métabolisme, une séparation radicale entre maladie de Basedow et goitre toxique, comme avait voulu le faire Plummer. Elles confirment la valeur du traitement iodé préopératoire et des opérations thyroïdiennes d'autant plus efficaces qu'elles réalisent une exérèse plus étendue du tissu glandulaire malade.

Les recherches de F., C. et E. ont porté sur 81 sujets. Il s'agissait, dans la majorité des cas, de maladies de Basedow typiques ou de goitres avec retentissement toxique général (goitres basedowifiants ou basedowifiés, adénomes toxiques du corps thyroïde, maladies de Basedow frustes, etc.).

Tous les malades qui présentaient des signes avérés d'hyperthyroïdie, au point de vue clinique, montraient une élévation sensible et souvent très forte du métabolisme basal, augmentation variant de 11 pour 100 à 122 pour 100 suivant la forme clinique observée (maladie de Basedow à évolution aiguë ou lente, goitres basedowifiés secondaires, etc.). Ces chiffres concordent, comme nous l'avons déjà dit, avec ceux des auteurs étrangers. Mais, contrairement à ce qu'ont prétendu les Américains, F., C. et E. n'ont pu, par l'étude du métabolisme basal, établir une différenciation entre les cas de « maladie de Basedow » et ceux d' « adénome toxique ». Bien loin de trouver régulièrement dans les premiers une augmentation de 50 à 125 pour 100, et dans les seconds une élévation de 30 à 50 pour 100, ils constatent, par exemple, dans un cas d'adénome toxique certain, un taux de 94 pour 100 au-dessus de la normale, dans un autre cas aussi peu discutable un taux de + 100 pour 100; en compensation, un cas de goitre exophtalmique vrai leur donne seulement + 36 pour 100, et un autre, de même, + 16 pour 100.

Mais, plus que l'étude isolée des chiffres trouvés à l'examen avant le traitement, l'étude comparée des chiffres pré- et post-opératoires paraît féconde. 21 observations, résumées dans un tableau par les auteurs, permettent de préciser l'action sur le taux du métabolisme, d'une part du traitement lugolé pré-opératoire, d'autre part des interventions thyroïdiennes.

Après la mise en œuvre de la médication iodée, on assiste, en quelques jours, à la chute très nette du chiffre du métabolisme (par exemple, + 36 p. 100 à + 11 pour 100; + 77 pour 100 à + 60 pour 100), et c'est certainement un des mérites de l'étude du métabolisme basal d'avoir réhabilité sur des bases solides la médication iodée, faussement condamnée à la fin du siècle dernier dans le basedowisme.

Après les opérations thyroïdiennes, la chute du taux de ce métabolisme est également à peu près constante. Elle est, en général, remarquablement rapide et atteint en quelques jours le taux définitif; 3 malades seulement sur 21 ont gardé une dépense de fond supérieure à + 35 pour 100 du taux normal, L'étendue de l'intervention thyroïdienne paraît avoir une importance assez grande; en règle générale, l'amélioration des échanges est d'autant plus accusée que la résection thyroïdienne a été plus complète. En effet, dans tous les cas où les malades ont subi des thyroïdectomies subtotales, le taux du métabolisme, élevé avant l'intervention, a été ramené au voisinage de la normale (par exemple + 36 pour 100 à + 12 pour 100; + 57 pour 100 à + 16 pour 100, etc.). Au contraire, les interventions plus économiques amènent une chute bien moins sensible du métabolisme; ainsi après thyroïdectomie partielle ou hémi-thyroïdectomie, on note la persistance de + 36 pour 100, + 44 pour 100, + 56 pour 100. Une malade traitée par les ligatures artérielles et la sympathectomie bilatérale conserve un métabolisme inchangé (+ 32 pour 100); après une thyroïdectomie subtotale ce métabolisme tombe à + 10 pour 100. Ainsi donc, comme pour la médication iodée, la recherche systématique du métabolisme basal montre que la thyroïdectomie subtotale large doit être adoptée comme l'opération de choix dans les syndromes basedowiens.

Cette amélioration du taux du métabolisme après les interventions n'est pas seulement constante et rapide; elle est, en outre, durable. A ce point de vue, les observations de quelques malades de F., C et E., opérées il y a plusieurs années (12 ans, 5 ans), sont fort instructives; elles montrent tout l'intérêt que présente le métabolisme basal au point de vue du contrôle de la guérison clinique.

Pour terminer, F., C. et E. signalent la constance d'une modification dans le régime de la ventilation pulmonaire qu'ils ont constatée à la suite des opérations pour syndromes basedowiens. Ils ont noté presque constamment un abaissement très sensible de cette ventilation après la thyroïdectomie. Ils sont donc amenés à penser que le corps thyroïde agissait directement sur ce régime, sans doute par l'intermédiaire d'une sécrétion glandulaire qui se trouve réduite après la thyroïdectomie, cette réduction constituant en quelque sorte un symptôme léger d'insuffisance glandulaire.

J. DUMONT.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Leipzig)

Scheunert et Wagner. *La valeur alimentaire du jaune d'œuf cru ou cuit* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*), tome LV, nº 10, 8 Mars 1929). — De nombreuses discussions ont eu lieu au sujet de la valeur alimentaire comparée du jaune d'œuf cuit ou cru.

L'accord semblait fait sur l'absence d'altération déterminée par la cuisson qui rendrait, au contraire, le jaune d'œuf plus assimilable, mais, récemment, lors de nouvelles expériences, Friedberger et ses collaborateurs ont de nouveau affirmé les effets défavorables de la cuisson sur la valeur nutritive de cet aliment.

S. et W. ont, à leur tour, repris l'expérimentation en donnant à de jeunes rats de même poids et de même sexe des rations identiques de jaune d'œuf cuit ou cru.

La croissance fut la même dans les deux groupes, quelques rats parurent même tolérer assez mal, tout au moins au début de l'expérience, le jaune d'œuf cru.

Il importe de rappeler que les résultats seraient différents avec des œufs entiers où la cuisson modifie considérablement la valeur nutritive du blanc d'œuf.

D'autre part, les conditions expérimentales strictes doivent être respectées et, en particulier, il faut se garder d'employer un lot de rats mâles et femelles qui présentent des conditions très différentes de croissance.

Se basant sur les résultats de leurs recherches entreprises avec la rigueur expérimentale indispensable, S. et W. affirment de nouveau que la cuisson du jaune d'œuf n'est aucunement susceptible de diminuer sa valeur alimentaire.

G. DREYFUS-SÉE.

Friedberger et Abraham. *La valeur alimentaire des œufs de poule crus ou cuits* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LV, nº 10, 8 Mars 1929). — Les expériences de F. et A. leur ont permis d'établir un certain nombre de points concernant la valeur alimentaire des œufs et l'influence de la cuisson sur leurs propriétés nutritives.

Malgré les objections qui ont été faites, en particulier, par Scheunert et Wagner, F. et A. ne peuvent qu'affirmer de nouveau les résultats de leurs recherches qui ne leur paraissent nullement infirmées par les critiques des autres expérimentateurs :

1º L'œuf de poule donné comme alimentation exclusive est toxique.

Cette intoxication n'est pas atténuée par un chauffage de courte durée dans l'eau chaude (3 à 10 minutes à 100º, ou 10 minutes à 70º).

Dans les 2 cas, on observe après un temps variable les troubles trophiques typiques des animaux en expérience (perte des poils, etc.).

Par contre, le chauffage prolongé (20 à 30 minutes à 100º dans l'eau bouillante) supprime le pouvoir toxique de l'œuf.

2º Le jaune d'œuf isolé peut être donné pendant des mois aux animaux comme alimentation exclusive sans déterminer aucun trouble (7 mois).

La cuisson diminue sa valeur alimentaire. Des expériences récentes, à l'inverse de l'opinion de Scheunert et Wagner, confirment cette notion et F. et A. n'admettent nullement les objections qui leur ont été faites par ces auteurs.

3º Après 9 mois d'alimentation exclusive par du jaune d'œuf soumis à une cuisson prolongée, aucun signe d'avitaminose n'a été constaté chez les animaux en expérience.

G. DREYFUS-SÉE.

L. Varga. *L'insuline dans le traitement de l'anémie pernicieuse* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LV, nº 11, 15 Mars 1929). — Une augmentation du nombre des cas d'anémie pernicieuse a été notée depuis quelques années. Certains malades arrivaient à l'hôpital dans un état si grave qu'une thérapeutique par le foie de veau ne pouvait être tentée avec chance de succès.

C'est chez des malades de cet ordre que V. essaya d'employer les injections d'insuline à la dose de 30 ou 40 unités, 2 fois par jour, malgré l'opposition théorique de certains médecins qui considèrent cette thérapeutique comme contre-indiquée.

V. rappelle les quelques observations antérieures à ses essais, et pour la plupart négatives, publiées en France et en Allemagne. Dans les 8 cas qu'il a observés personnellement, le traitement insulinothérapique soit seul, soit associé ultérieurement à la cure hépatique ou arsenicale, a déterminé une amélioration rapide et notable.

Ces résultats paraissent donc encourageants et l'insuline doit entrer dans l'arsenal thérapeutique des anémies graves à un stade avancé.

G. DREYFUS-SÉE.

J. Schœnen. *Rachitisme d'été* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LV, nº 11, 15 Mars 1929). — Déjà en 1923, à Breslau, on avait signalé une augmentation des cas de rachitisme récent pendant les mois d'été.

A Greifswald en 1928, de nouveau ce phénomène anormal a été observé par S. Le maximum de cas de rachitisme évolutif d'apparition récente a été noté en Juin et Août 1928, alors que le nombre et le recrutement des enfants venant à la consultation de la clinique restait sensiblement le même.

L'interprétation de ce fait paraît difficile à préciser. Cependant S. incrimine les conditions météorologiques, et comparant l'état hygrométrique et nuageux de la région avec celui des villes voisines où les statistiques de rachitisme furent différentes, il soupçonne une filtration atypique des rayons ultra-violets déterminant une carence anormale, d'où multiplication du rachitisme estival.

Des facteurs alimentaires, en particulier la rareté et la cherté des légumes verts, interviendraient pour une part.

Enfin, en ce qui concerne la thérapeutique et la prophylaxie, S. remarque les difficultés considérables opposées au traitement méthodique continu et régulier de la clientèle hospitalière des consultations.

Qu'il s'agisse de médicaments irradiés ou d'irradiations directes, on ne peut obtenir des mères qu'elles continuent le traitement de façon suffisamment prolongée et sans interruptions.

C'est pourquoi des procédés indirects prophylactiques méritent d'être envisagés, mais, jusqu'à présent, ceux qu'on a proposés sont justiciables d'une critique grave : ils exposent au danger de l'intoxication par excès de médicament.

La fréquence du rachitisme, même parfois jusque dans les mois d'été, rend actuellement la solution du problème urgente.

G. DREYFUS-SÉE.


Médication Opothérapique
EXTRAITS TOTAUX
CHOAY
Obtenus par dessiccation rapide, dans le vide, vers 0°,
d'organes soigneusement récoltés, auxquels ils sont équivalents.
SYNCRINES CHOAY
Résultant de l'association d'Extraits totaux,
en formules qui répondent aux principaux syndromes
COMPRIMÉS · CACHETS · PILULES · AMPOULES
CHOAY
Echantillons sur demande au LABORATOIRE CHOAY
48, Rue Théophile Gautier, PARIS -16e- Tél. Auteuil 44-09

LA PEDIATRIA

(*Naples*)

Césare Giaume (de Gênes). ***L'action antirachitique du sang des animaux irradiés par les rayons ultra-violets*** (*La Pediatria*, année XXXVII, fascicule 3, 1er Février 1929). Le pouvoir antirachitique des rayons ultra-violets naturels ou artificiels est actuellement bien démontré et l'on sait que ce pouvoir peut être transmis aux aliments ou substances soumis eux-mêmes à l'action des rayons ultra-violets. Hume montra le premier, en 1922, que des rats mis à un régime carencé ne devenaient pas rachitiques si on ajoutait à ce régime de petits morceaux de foie ou d'autres fragments de viscères irradiés par les rayons ultra-violets. Steenbock et Nelson auraient même fait cette constatation singulière que des rats mis à une diète rachitigène, mais vivant au contact d'autres rats nonrris normalement mais irradiés, ne devenaient pas rachitiques ! Ces auteurs parvinrent ultérieurement à annibiler l'action rachitigène d'un régime carencé en y ajoutant une petite quantité de muscles de rats irradiés.

C. G. à son tour montre que l'administration à des rats d'un régime 84 de Shermann-Pappenheimer, additionné de 1,5 ponr 100 de sang d'un rat irradié par les rayons ultra-violets et rapidement saigné, empêche l'apparition des lésions rachitiques.

L'irradiation provoque donc dans le sang l'apparition rapide d'un principe actif ayant une action antirachitique (calciofixatrice) et aussi eutrophique.

Il semble aussi, d'après les recherches expérimentales de C. G., que l'action des rayons ultra-violets sur l'organisme s'exerce sur le sang quelle que soit la voie de pénétration des rayons : peau, appareil respiratoire ou tube digestif. Les rayons ultra-violets agissent sans doute sur la cholestérine des globules rouges du sang. G. SCHREIBER.

Angelo Pazzi (de Parme) ***Erythrocyturie minima et formule sanguine à la phase initiale de la maladie de Barlow*** (*La Pediatria*, tome XXXVII, fasc. 3, 1er Février 1929). D'après Finkelstein, l'érythrocyturie serait décelable dans la maladie de Barlow, au moins dans le tiers des cas. Nassau et Leichtentritt l'auraient trouvée dans 82 et 93 p. 100 des cas. Langstein et Mayer déclarent de leur côté que l'hémorragie gingivale s'accompagne presque toujours de la présence de globules rouges dans les urines décelables microscopiquement. Pour Morse, enfin, la maladie de Barlow serait la cause la plus fréquente d'érythrocyturie chez les nourrissons au cours de la 1re année.

L'érythrocyturie est tantôt assez accentuée pour être reconnue macroscopiquement à la simple inspection des urines; tantôt assez minime pour nécessiter une centrifugation prolongée ou l'emploi des réactifs microchimiques.

Les observations qui ont servi aux auteurs précédemment cités pour formuler leur opinion se rapportaient presque toutes à des cas avancés de maladie de Barlow. Il a paru intéressant à A. P. de rechercher si l'érythrocyturie minima existait à la phase de début, mais dans 4 cas personnels, l'examen microscopique après centrifugation des urines émises en 24 heures, n'a montré aucun globule rouge.

Ce symptôme ne permet donc pas de reconnaître les maladies de Barlow frustes, pas plus d'ailleurs que la formule sanguine, normale ou très voisine de la normale dans les cas de l'auteur.

G. SCHREIBER.

LOS PROGRESOS DE LA CLINICA

(*Madrid*)

A. Mallou et Vicario. ***Contribution à l'étude du mercurochrome 220 soluble*** (*Los Progresos de la Clinica*, tome XXXVII, nº 2, Février 1929). — L'auteur a consacré à ce produit une étude des plus approfondies, illustrée d'un grand nombre de graphiques. Il aboutit aux conclusions suivantes :

Le mercurochrome n'est pas, en réalité, un bactéricide puissant, ainsi que le démontrent les expériences *in vitro*, et les inoculations à l'animal; les résultats ont été, à cet égard, extrêmement variables. Il agit plutôt comme un agent de choc, puisque son introduction intraveineuse est suivie de frissons et d'élévation marquée de la température. Il excite, il stimule les défenses de l'organisme. On peut, du reste, l'employer à des doses plus élevées que celles qui sont habituellement recommandées car il éprouve fort peu les émonctoires.

On peut dire, néanmoins, qu'il renforce l'action des vaccins auxquels il est mélangé. Sans action sur les toxines tétaniques ni diphtériques, il neutralise incontestablement, dans une large mesure, les pulpes rabiques. Ainsi, une seule injection de 10 cmc d'émulsion de virus fixe à 2 pour 100, additionnée d'un millième de mercurochrome et maintenue à la glacière pendant 3 jours, a suffi, — c'est-à-dire moins de 20 centigr. de substance nerveuse par kilogramme d'animal. Cette substance permettra de simplifier la préparation de ladite pulpe antirabique, qui se conserve dans ces conditions pendant 3 mois sans rien perdre de ses propriétés.

Tels sont les avantages et les indications du mercurochrome, inconstant dans son action, mais nullement dangereux lorsqu'il est bien manié.

M. NATHAN.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL

(*Londres*)

S. L. Cummins. ***La signification de l'intradermoréaction à la tuberculine*** (*The British medical Journal*, nº 3555, 23 Février 1929). — C. était directeur des recherches entreprises par l'Association nationale galloise pour apporter plus de clarté à la question si obscure de l'intradermo-réaction à la tuberculine. Il donne ici un premier schéma du résultat des travaux.

La tuberculine employée a toujours été fortement diluée : 1/500, 1/1.000, 1/5.000, 1/10.000. La quantité injectée fut de 0,1 cmc. Les réactions générales ont été extrêmement rares. Des épreuves ont été pratiquées sur 46 sujets sains et sur 150 tuberculeux, soit pulmonaires, soit non pulmonaires.

Sur les sujets sains, l'auteur a obtenu environ 85 pour 100 de réactions positives; sur les tuberculeux, 65 pour 100 seulement.

La proportion de réactions positives a été un peu plus importante chez les tuberculeux non pulmonaires que chez les pulmonaires.

D'autre part, les tuberculeux enfants réagissent mieux que les adultes, et donnent des réactions positives avec des dilutions plus fortes. Ce fait est d'autant plus important que les enfants non tuberculeux donnent très peu de réactions positives, 25 pour 100 seulement.

Enfin, les tuberculeux non fébriles, ambulatoires, réagissent dans une proportion double des tuberculeux fébriles.

Les conclusions de C. sont que l'intradermo-réaction est positive au maximum chez l'adulte sain, et qu'elle l'est encore chez les tuberculeux bénins. La sensibilité tend à diminuer au fur et à mesure des progrès de la maladie. C. termine en insistant sur la nécessité de ne pas employer la tuberculine à une dilution inférieure à 1/500, car il devient alors possible d'obtenir 100 pour 100 de résultats positifs, et, d'autre part, le nombre de réactions générales s'accroit dans de sensibles proportions.

R. RIVOIRE.

Frank D. Howitt. ***Le traitement physiothérapique du rhumatisme chronique*** (*The British medical Journal*, nº 3555, 23 Février 1929). — On s'entend aujourd'hui à dire que le terme vague de « rhumatisme chronique » désigne une série d'affections articulaires de causes multiples. Les auteurs anglais ont isolé de ce groupe un rhumatisme infectieux, en rapport avec un foyer infectieux à distance, d'ordinaire amygdalien, dont le streptocoque serait l'agent pathogène spécifique. Mais il est de nombreux cas de rhumatisme chronique dont l'étiologie est certainement différente : certaines formes semblent liées à une toxémie d'origine intestinale et sont influencées favorablement par le régime et les lavages du côlon; d'autres formes sont en rapport avec des troubles endocriniens, notamment des troubles thyroïdiens et ovariens. Enfin, il existe certainement une forme spéciale et fréquente, survenant chez les vieillards, frappant surtout les grosses articulations, et s'accompagnant souvent d'accès de goutte. C'est surtout dans cette forme que la physiothérapie et l'hydrothérapie sont indiquées.

L'hydrothérapie, dans le rhumatisme chronique, a une action certaine : le traitement consiste essentiellement en bains chauds ou en bains de vapeur qui produisent une vaso-dilatation et une hyperthermie temporaire favorisant la circulation et l'élimination des substances toxiques. Le bain est suivi d'une séance de sudation intense, complétée par du massage et de la mobilisation.

Les méthodes de physiothérapie tendent également à appliquer de la chaleur localement. Cette chaleur peut être appliquée par conduction, mais c'est une méthode très insuffisante. On peut recourir également aux radiations, notamment aux radiations rouges et infra-rouges. Pratiquement, c'est la diathermie qui donne les meilleurs résultats : mais elle doit être appliquée par un spécialiste compétent afin d'éliminer les risques de brûlure, et afin de régler convenablement le sens du courant et la durée des séances. R. RIVOIRE.

C. D. Grasby et S. R. Trick. ***Etude sur les suites tardives de la fracture de Ponteau-Colles*** (*The British medical Journal*, nº 3556, 2 Mars 1929). — L'auteur a traité, au cours des deux dernières années, une cinquantaine de cas de fractures de Ponteau-Colles et a étudié complètement les résultats fonctionnels obtenus après guérison complète. Il a observé que les fractures sans déplacement ou avec léger déplacement donnaient toujours des bons résultats, avec intégrité totale des mouvements; tandis qu'au contraire, les cas s'accompagnant de déplacement important aboutissaient le plus souvent à des résultats fonctionnels mauvais, avec douleurs violentes, dues à de l'ostéo-arthrite de l'articulation radiocubitale inférieure.

Ces résultats fâcheux sont dus à une mauvaise réduction, et particulièrement à une réduction insuffisante du déplacement postérieur du fragment distal et de sa déviation radiale.

L'auteur, en conséquence, insiste sur la nécessité de l'anesthésie générale pour la réduction de ces fractures : il faut d'abord désengrener totalement les fragments, jusqu'à ce que l'on puisse mobiliser facilement les deux extrémités osseuses. On réduit alors le déplacement, et il ne faut pas se contenter d'une reposition convenable : la réduction doit être parfaite. On immobilise ensuite dans des attelles. L'auteur conseille une attelle antérieure angulaire, permettant d'immobiliser l'avant-bras en flexion et en supination : on place un coussinet de coton sous la face postérieure du fragment inférieur, et un autre sur la face antérieure du fragment supérieur, afin de bien réduire la rotation postérieure. L'immobilisation complète est prolongée 8 jours, puis l'on commence la mobilisation et le massage. R. RIVOIRE.

W. Blair Bell. ***Le traitement du cancer par le plomb; état actuel de la question*** (*The British medical Journal*, nº 3557, 9 Mars 1929). — B. est l'initiateur de la méthode, et aussi son fougueux défenseur. Il apporte, ici, les résultats obtenus depuis 5 ans, pendant lesquels il a traité plus de 500 malades.

Le traitement a consisté en injections intraveineuses de plomb ou de phosphate de plomb colloïdal : la dose totale injectée au cours de chacune varie entre 0 gr. 50 et 1 gr. de plomb métal.

L'interprétation des résultats est très délicate, du fait que les traitements ont été faits souvent chez des malades très avancés et inopérables, qui sont morts parfois avant la fin du traitement; d'autre part, chez les malades dont les lésions étaient peu évoluées, B. n'a jamais osé entreprendre un traitement isolé par le plomb, et l'a toujours associé aux rayons X ou à la chirurgie : de sorte qu'il est très difficile de dissocier l'influence favorable du plomb dans ces cas.

Les statistiques sont cependant fort intéressantes :

sur 500 cas traités, 50 environ ont guéri complètement, soit 10 pour 100. Et si l'on ne tient pas compte des cas trop avancés morts avant la fin du traitement, la proportion de guérisons complètes atteint 21 pour 100.

Il semble donc qu'il s'agisse là d'un traitement intéressant pour les cas inopérables : d'après l'auteur, en outre, l'administration de plomb rendrait les tumeurs plus radio-sensibles. R. Rivoire.

S. Barton Hall. *L'aspect mental de l'encéphalite épidémique* (*The British medical Journal*, n° 3557, 9 Mars 1929). — Les troubles mentaux sont très fréquents dans l'encéphalite épidémique, soit à la période aiguë, soit à la période chronique de la maladie. Ils sont surtout fréquents chez l'enfant où l'auteur les a notés dans 90 pour 100 des cas. Et c'est chez l'enfant que ces troubles mentaux ont la tendance la plus marquée à devenir permanents ; d'où leur pronostic beaucoup plus sombre que chez l'adulte.

La symptomatologie est, elle aussi, très différente suivant l'âge du malade, au moins pour les troubles survenant dans la phase chronique : chez l'enfant, on observe surtout des modifications du caractère, des actes, de l'affectivité; chez l'adulte, on observe plutôt des psychoses nettes.

Les troubles du caractère observés chez l'enfant peuvent être la cruauté, la violence, la tendance aux batailles, le vol, la mythomanie grossière, la paresse, le vagabondage, l'érotisme précoce, la masturbation, l'inceste, l'attentat à la pudeur.

On peut observer aussi des modifications des actes : grimaces, bruit, négligence, chantonnement, crachat.

L'attention est souvent diminuée, le quotient d'intelligence abaissé. On observe de la bradykinésie et de la bradyphrénie.

Chez l'adulte, on observe plus fréquemment des psychoses ou des psychoneuroses. Les psychoses sont voisines de la démence précoce. Les psychoneuroses encéphalitiques diffèrent des psycho-neuroses banales en ce qu'elles guérissent parfois sans aucun traitement; dans d'autres cas, au contraire, elles persistent malgré le traitement psychothérapique, qui n'a qu'une action légère et transitoire.

R. Rivoire.

POLSKA GAZETA LEKARSKA
(*Varsovie*)

Wl. Elmer et M. Scheps. *Recherches sur l'acidose d'origine diabétique* (*Polska Gazeta Lekarska*, tome VII, n° 41, 7 Octobre 1928). — Minutieuse étude portant sur 15 cas personnels, illustrée de nombreux graphiques, dans laquelle E. et S. étudient parallèlement la cétonurie, la cétonémie, l'ammoniurie, contrôlent la réserve alcaline et la pression intra-alvéolaire et complètent leur étude par les renseignements histopathologiques des cas terminés par la mort.

E. et S. concluent que : 1° l'ammoniurie, la cétonurie, la cétonémie, les variations de la valeur de la réserve alcaline et de la pression intraalvéolaire n'évoluent pas d'une façon parallèle. Ainsi les grandes quantités d'ammoniaque dans les urines n'indiquent pas forcément une grande acidose et inversement. De même, une ammoniurie abondante ne renseigne pas sur la valeur de la réserve alcaline du sérum sanguin ;

2° L'appréciation du degré de l'acidose diabétique ne peut pas s'appuyer sur l'étude de la cétonurie ou de l'ammoniurie ni sur l'étude isolée de la cétonémie ou de la réserve alcaline. Cependant, dans certains cas, l'étude de la réserve alcaline peut suffire, en particulier lorsque sa valeur est fortement diminuée, au moins au-dessous de 40 pour 100 de CO^2 ;

3° A la période de coma chez de nombreux diabétiques avec acidose, les fonctions rénales sont profondément troublées. L'abaissement de l'indice cétonique, l'azotémie, l'albuminurie accompagnée de la présence de cylindres dans les urines, enfin une ammoniurie insuffisante en sont les preuves incontestables. A ce moment, les lésions anatomiques sont très prononcées, Fribourg-Blanc.

A. Wizel et Markuszewicz. *Deuxième compte rendu des essais du traitement de la schizophrénie par la malariathérapie* (*Polska Gazeta Lekarska*, tome VII, n° 41, 7 Octobre 1928). — Etude faisant suite à l'article publié dans *Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, n° 71, du 31 Mai 1927. W. et M. encouragés par les résultats déjà obtenus dans le traitement de la schizophrénie par la malariathérapie étudient l'effet de l'application de cette méthode dans les formes aiguës et cycliques. Ils éliminent soigneusement tous les cas où l'état général du malade est déficient. La statistique actuelle porte sur 40 cas aigus et 17 cas à évolution cyclique, et dans le but de la conservation de leur souche, ils inoculent le paludisme à 15 schizophrènes à forme lente. Pour la commodité de la description, W. et M. différencient trois degrés de rémissions :

a) Amélioration avec possibilité de reprise du travail professionnel (+++ 9 cas) ;

b) Amélioration partielle (++ 2 cas) ;

c) Amélioration insignifiante rendant cependant possible le séjour du malade dans la famille (+ 8 cas) ;

d) Enfin des cas où l'amélioration est nulle (12 cas).

Ces résultats confirment les expériences antérieures et permettent de conclure à l'influence incontestablement favorable de la malariathérapie chez les schizophrènes donnant 50 pour 100 de rémissions dans les formes aiguës et 70,6 pour 100 dans les formes cycliques. L'amélioration de l'état psychique peut être incontestablement mise sur le compte de la malariathérapie, car souvent elle s'observe encore au moment des accès fébriles. Dans la forme cyclique, les périodes de rémission sont plus longues qu'avant le traitement.

W. et M. signalent un cas mortel survenu chez un jeune garçon de 16 ans, mort au cours de 10 accès par défaillance cardiaque. Ils notent également que dans les cas où les malades sont réfractaires à l'inoculation du paludisme le pronostic thérapeutique est défavorable. Fribourg-Blanc.

POLSKIE ARCHIWUM MEDYCYNY WEWNETRZNEJ
(*Varsovie*)

H. Ptaszek et M. Szaperski. *Le corps thyroïde et le métabolisme basal* (*Polskie Archiwum Med. Wewn.*, tome III, fasc. 4, Décembre 1928). — Etude basée sur de nombreux cas cliniques de troubles sécrétoires du corps thyroïde, soit seul, soit associé aux autres glandes à sécrétion interne. L'étude du métabolisme basal présente un intérêt particulier pour les malades atteints de troubles du corps thyroïde. Dans les cas où il n'existe que des manifestations nerveuses sans trouble du métabolisme basal, la méthode préconisée par P. et S. et consistant dans l'application de la diathermie sur le corps thyroïde peut témoigner de l'activité sécrétoire de la glande, ce qui a une importance réelle pour l'application de la thérapeutique.

La diathermie influe sur le corps thyroïde à la façon d'un facteur actif. L'augmentation du métabolisme basal, qui s'ensuit, traduit l'insuffisance glandulaire antérieure; son abaissement indique qu'il existait avant le traitement une hyperactivité sécrétoire. Si la sécrétion thyroïdienne est normale, la diathermie ne détermine que des oscillations insignifiantes. La façon de réagir de la glande peut guider facilement le traitement iodé. La méthode a également l'avantage de dépister les cas frustes sans manifestations cliniques bruyantes ou obscurcies par des troubles sécrétoires pluriglandulaires. Les écarts dans les oscillations du métabolisme basal avant et après l'application de la méthode sont proportionnels à l'intensité des troubles fonctionnels de la glande. Enfin les auteurs signalent que l'heureuse influence exercée sur le fonctionnement du corps thyroïde par les applications diathermiques ajoute un appoint qui n'est pas à dédaigner aux avantages de la méthode.

Fribourg-Blanc.

THE TOHOKU JOURNAL of EXPERIMENTAL MEDICINE

R. Inawashiro, et F. Hayasaka. *Etudes sur l'effet de l'exercice musculaire sur le béribéri; influence de l'exercice musculaire sur le métabolisme gazeux et celui des hydrates de carbone* (*Synthèse de l'acide lactique, acidose et entité de fatigue dans le béribéri*). — **E. Hayasaka et R. Inawashiro.** *Etudes sur l'effet de l'exercice musculaire dans le béribéri* (2e rapport); *influence de l'exercice musculaire sur l'appareil circulatoire avec mention spéciale de la fonction dynamique aussi bien que de l'utilisation et de l'apport de l'oxygène dans le béribéri. Cause de l'hypertrophie et de la dilatation du cœur dans le béribéri et dilatation dans les vaisseaux sanguins périphériques* (*The Tohoku Journal of experimental medicine*, tome XII, n° 1, 30 Décembre 1928). — I. et H. ont cherché à expliquer et à mettre en évidence le rôle provoquant de l'exercice musculaire dans le béribéri, sur les palpitations, la dyspnée et les troubles moteurs qu'il entraîne parfois. Dans 10 cas de béribéri typique, ils ont étudié les troubles apportés dans les échanges gazeux et chimiques du sang après un exercice musculaire donné. Avant, immédiatement après, et 40 et 100 minutes après l'exercice musculaire, on faisait une série de dosages : échanges respiratoires, oxygène du sang, CO^2 sanguin, glycémie, acide lactique du sang.

A l'acmé du béribéri, le quotient respiratoire est plus élevé par l'exercice musculaire que chez les sujets normaux, le CO^2 du sang est diminué, l'acide lactique est augmenté et l'acidose normale dans le béribéri est encore augmentée.

La glycémie est augmentée par l'exercice musculaire.

Dans le béribéri expérimental, on observe les mêmes troubles mais moins marqués. Le gonflement musculaire que l'on constate quelquefois au niveau des jambes est expliqué par un trouble d'acidose locale.

L'exercice musculaire élève moins la tension artérielle maxima et abaisse moins la minima que chez les sujets normaux.

Dans le béribéri, le cœur ne travaille pas économiquement, le coefficient d'utilisation de l'oxygène est réduit. La vaso-dilatation périphérique explique en partie l'augmentation de la masse sanguine ; celle-ci et l'acidose qui accompagnent l'exercice musculaire augmentent l'hypertrophie et la dilatation cardiaque.

Robert Clément

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION
(*Chicago*)

V. Hunt (de Rochester). *Le traitement chirurgical des tumeurs malignes de la vessie* (*Journal of the American medical Association*, tome XCI, n° 22, 1er Décembre 1928). — 95 pour 100 des tumeurs malignes de la vessie sont des épithéliomas dont le degré de malignité est variable ; plus de la moitié sont d'une très grande malignité, dépendant d'ailleurs jusqu'à un certain point de la localisation : c'est ainsi que les lésions du plancher ont dans l'ensemble une malignité plus grande que celles des parois latérales et de la convexité de l'organe. Le taux de mortalité opératoire dépend du siège de la tumeur, de l'étendue de l'intervention, et, dans les tumeurs du plancher, de l'état des uretères et du procédé employé pour assurer l'évacuation de l'urine.

Les résultats des interventions pour tumeur maligne de la vessie ont été étudiés par H. d'après une statistique portant sur 370 cas opérés ou traités par divers procédés d'ordre chirurgical et physiothérapique : électro-coagulation, diathermie, radio- et radiumthérapie. D'après l'étendue de la tumeur, son siège, la plus ou moins grande malignité, H. distingue 4 degrés dans les tumeurs en question ; pour les 1er et 2e degrés, les malades survivent la 3e année

Hyperchlorhydrie
Gastralgies-Dyspepsies
Ulcérations gastriques
Fermentations acides

SEL DE HUNT

Véritable "SEL DE HUNT"
TENIR AU SEC
EVITER LES CONTREFAÇONS
EXIGER LA BANDE DE GARANTIE

ANTI-DYSPEPTIQUE
ANTI-GASTRALGIQUE
RÉGULATEUR DE L'ACIDITÉ DES FONCTIONS DIGESTIVES
SEL DE HUNT
COMPOSÉ
GRANULÉ FRIABLE

Laboratoire ALPH. BRUNOT
16 Rue de Boulainvilliers _ PARIS
H. CHASSIN Pharmacien-Chimiste
Dans toutes les Pharmacies de FRANCE & de l'ÉTRANGER

LABORATOIRES
ALPH. BRUNOT
16, rue de Boulainvilliers
PARIS

dans une proportion de 65 pour 100 environ, tandis que pour les 3e et 4e degrés la survie, dans les mêmes délais, ne dépasse pas 35 pour 100. D'autre part, les résultats favorables, pour les tumenrs des parois latérales et de la convexité, sont à peu près 2 fois plus fréquents que pour les tumeurs de la base.

H. insiste en terminant sur la nécessité de ne pas porter un jugement global sur les résultats des traitements chirurgicaux et physiothérapiques dans les tumeurs malignes de la vessie, mais de tenir compte, dans leur appréciation, du degré de malignité et du siège de la lésion. PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

T. Schneider et J. Carey (de Minneapolis). ***La signification clinique de l'anachlorhydrie primitive*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCI, n° 23, 8 Décembre 1928). De l'étude de 93 cas d'anachlorhydrie étudiés par eux de 1921 à 1928, S. et C. tirent la conclusion qu'il existe une anachlorhydrie secondaire ou symptomatique et une anachlorhydrie primitive. Les causes de l'anachlorhydrie secondaire sont très nombreuses, depuis les cancers gastriques, les cholécystites, la syphilis gastrique, les infections bucco-pharyngées, jusqu'à la tuberculose et aux affections d'ordre allergique, comme la migraine et certaines dermatoses.

Mais le présent travail est consacré essentiellement à l'étude de l'anachlorhydrie primitive et à ses rapports avec l'anémie pernicieuse cryptogénétique. Suivant S. et C., pour qu'on puisse affirmer l'anachlorhydrie, il faut une absence complète d'acide chlorhydrique dans le contenu gastrique, même après injection d'histamine.

Pour expliquer cette anachlorhydrie (ou encore achylie, ce dernier terme étant d'ailleurs impropre, car le défaut de pepsine n'est habituellement pas parallèle au défaut d'acide chlorhydrique), on a invoqué une atrophie glandulaire (mais les glandes gastriques se montrent habituellement anatomiquement normales), une insuffisance fonctionnelle des glandes en rapport avec des modifications d'ordre nerveux; enfin l'existence d'une gastrite inflammatoire; pour S. et C., il faut faire intervenir un trouble fonctionnel, sans qu'on puisse mettre en évidence une lésion anatomique.

Les examens histologiques demeurent habituellement négatifs. Il est probable qu'il s'agit d'un état dystrophique constitutionnel où l'élément familial et héréditaire joue un rôle important. C'est ainsi que, sur une série de 51 malades présentant une anachlorhydrie primitve, S. et C. ont retrouvé chez 6 d'entre eux l'anachlorhydrie, et même l'anémie pernicieuse où, comme on sait, l'achylie est d'observation constante. D'autre part, sur 112 malades atteints d'anémie pernicieuse, l'enquête familiale et héréditaire permit de constater l'anachlorhydrie chez les ascendants et les collatéraux de 6 d'entre eux. Les rapports de l'anémie pernicieuse et de l'anachlorhydrie trouvent une confirmation dans les faits, qui ne sont pas exceptionnels, de syndrome anémique grave développé à la suite d'une gastrectomie totale.

Certaines observations ont pu montrer d'autre part, chez certains sujets, l'existence d'une anachlorhydrie primitive ayant existé plusieurs années et ayant été ultérieurement suivie du développement d'une anémie pernicieuse.

Comme conclusion pratique, il faut, chez les sujets présentant une anachlorhydrie primitive, surtout si celle-ci présente un caractère familial et héréditaire, craindre le développement ultérieur d'une anémie pernicieuse et répéter les examens hématologiques. PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

J. Gwathmey. ***La synergie du sulfate de magnésium et de la morphine*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCI, n° 23, 8 Décembre 1928). — A l'appui de l'existence d'une action synergique entre le sulfate de magnésium et la morphine, G. invoque des preuves cliniques et expérimentales.

Cliniquement, dans la pratique chirurgicale et obstétricale en particulier, la puissance analgésique de la morphine se trouve renforcée sous l'action du sulfate de magnésium dans une proportion de 250 à 500 pour 100.

Expérimentalement, l'association de sulfate de magnésium et de morphine permet à l'animal de résister à une anesthésie par les vapeurs d'éther rapidement mortelle à l'état normal.

Chez l'homme de même, d'ailleurs, cette association renforce l'action des anesthésiques et permet de les administrer à doses moindres. Il existe dans le commerce, en Amérique, des ampoules toutes préparées contenant le mélange sulfate de magnésium-morphine. PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

T. Coffen et H. Rush (de Portland). ***Le syndrome d'embarras gastrique aigu dans ses rapports avec la thrombose coronarienne*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCI, n° 23, 8 Décembre 1928). — C. et R. attirent l'attention sur la fréquence des symptômes abdominaux dans le tableau clinique de l'infarctus du myocarde, où, d'une façon plus générale, de la thrombose coronarienne, qui s'est affirmée durant ces dernières années comme une entité clinique particulière. A ce propos, C. et R. passent en revue les divers symptômes dont la réunion caractérise au point de vue pathologique l'infarctus du myocarde : accès angineux très intenses, à siège tantôt sus-sternal, tantôt abdominal; pâleur anormale du visage; emphysème pulmonaire aigu avec dyspnée excessive allant jusqu'à l'orthopnée; pouls petit et rapide avec tendance à l'arythmie; chute brusque de la tension artérielle, assourdissement des bruits du cœur avec rythme de galop, existence fréquente d'un frottement péricardique; fièvre plus ou moins marquée avec hyperleucocytose; inversion de l'onde T à l'électrocardiogramme (onde coronarienne de Pardee) et souvent image de blocage ventriculaire.

De nombreux auteurs ont insisté sur la difficulté du diagnostic entre la thrombose coronarienne et ce qu'on peut appeler le « syndrome abdominal aigu » tel qu'il peut être provoqué par une cholécystite, la perforation d'un ulcère duodénal, une pancréatite hémorragique.

En particulier, le diagnostic peut être difficile entre l'infarctus du myocarde et les accidents cholélithiasiques, d'autant plus qu'il peut y avoir coïncidence des 2 affections. D'après l'étude de 192 cas de « thrombose coronarienne aiguë » (ce qui correspond à ce qu'on décrit en France sous le nom d'infarctus du myocarde), C. et R. distinguent 3 catégories de faits : thrombose coronarienne caractérisée uniquement par le syndrome abdominal aigu; thrombose coronarienne où les signes abdominaux s'associent à un syndrome angineux typique; thrombose coronarienne à forme purement angineuse, sans signes abdominaux. C. et R. rapportent, dans ces 3 catégories, 7 observations choisies parmi les plus typiques. PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

H. Lippmann (de New-York). ***L'absence de repos chez le nourrisson*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCI, n° 24, 15 Décembre 1928). — L. décrit comme une entité clinique particulière « l'état hypertonique du nourrisson », caractérisé par une certaine rigidité musculaire, l'absence de repos, la tendance aux cris, aux vomissements, à la diarrhée. A l'origine d'un tel syndrome, paraît être un trouble de l'équilibre du système autonome, soit qu'il s'agisse d'une hypertonie du système vagal, corrigible par l'atropine, soit d'une hypotonie du système sympathiques, justiciable de l'adrénaline. En fait, l'absence de repos et l'irritabilité des nourrissons hypertoniques sont le plus souvent améliorables par l'atropine. La causes favorisantes du processus en question sont tantôt le régime alimentaire du nourrisson, tantôt l'état d'excitabilité nerveuse des parents.

Ce sont des faits de cet ordre qu'a étudiés L., chez 63 nourrissons présentant de l'agitation chronique, des phénomènes d'ordre colitique et des vomissements habituels. Après une observation de 1 à 2 semaines, et lorsqu'aucune amélioration n'était observée, on administrait au petit malade une solution de sulfate d'atropine à 1 pour 1.000, dont on donnait, pour commencer, 1/2 goutte 10 minutes avant chaque prise d'aliments. Chez 44 des 55 nourrissons ainsi traités, L. observa une amélioration indiscutable des symptômes, et chez 24 d'entre eux, celle-ci fut assez rapide et assez complète pour qu'on eût l'impression d'une véritable médication spécifique; chez 9 sujets, pour vérifier l'action thérapeutique, on supprima l'atropine, et l'on vit reparaître les symptômes jusqu'à reprise du médicament. L. recommande d'administrer l'atropine pendant une semaine, qu'il y ait ou non amélioration, puis, en cas d'insuccès au bout de ce laps de temps, de continuer la cure en augmentant les doses jusqu'à la limite de tolérance; lorsque celle-ci est atteinte sans résultat appréciable, il y a lieu de suspendre la cure; au contraire, en cas de succès, on poursuivra le traitement encore une semaine, puis on l'espacera progressivement.

Il faut tenir compte de la sensibilité particulière de certains nourrissons à l'atropine, qui oblige à manier celle-ci avec une grande prudence pour les doses de début; la sensibilisation peut d'ailleurs se créer au cours même du traitement; L. cite le cas d'un nourrisson qui avait reçu sans aucun inconvénient 20 gouttes par jour de la solution et chez lequel très rapidement on vit apparaître des phénomènes d'intolérance avec 2 gouttes, et même, à un stade encore plus tardif, avec une goutte : il y a là un phénomène de sensibilisation que l'on peut faire rentrer, semble-t-il, dans le cadre général de l'anaphylaxie.

Dans l'ensemble, cette méthode de traitement des états d'hyperexcitabilité vago-sympathique de la première enfance par le sulfate d'atropine paraît donner des résultats intéressants et mérite d'être poursuivie. PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

L. Saner et L. Hambrecht (d'Evanston). ***La coqueluche : vaccinothérapie ou diagnostic précoce*** (*Journ. of the American medical Association*, tome XCI, n° 24, 15 Décembre 1928). — S. et H. affirment, avec statistiques à l'appui, que la coqueluche cause annuellement aux Etats-Unis plus de morts que la diphtérie, la rougeole et la scarlatine. Les cas mortels s'observent surtout dans la première enfance, et en moyenne aux environs de la 4e année. En raison de la gravité globale de la coqueluche, il serait fort utile de posséder un traitement préventif efficace : mais la valeur thérapeutique du vaccin est, aujourd'hui encore, très discutée. On est loin d'être d'accord également sur la posologie de celui-ci, sur la date à laquelle il doit être institué, sur le nombre d'injections qu'il faut faire et l'intervalle qu'il faut laisser entre chacune d'elles. Aussi nombre d'auteurs, de divers pays, en déconseillent-ils l'emploi. C'est surtout au Danemark que le vaccin anticoquelucheux est employé à titre préventif sur une large échelle, et à ce propos, S. et H. citent la statistique de Madsen et ses collaborateurs, établie suivant les données recueillies lors d'une grave épidémie survenue en 1923; la mortalité chez les sujets non vaccinés aurait été 12 fois plus considérable que chez les sujets vaccinés. Mais S. et H. accusent le travail de Madsen d'être trop sobre de détails. Ils ont repris l'étude de la question en faisant à 100 enfants, ayant été en contact avec des coquelucheux, une série de trois injections d'un vaccin préparé avec des cultures du bacille de Bordet-Gengou. Aucun d'entre eux ne fut préservé de la maladie. D'autre part, l'évolution fut la même dans cette série d'enfants vaccinés et dans une série témoin d'enfants non vaccinés. Aussi le seul moyen, suivant S. et H., pour diminuer la morbidité et la mortalité de la maladie, est le diagnostic bactériologique précoce au moyen de la méthode aujourd'hui classique d'ensemencement de boîtes de Petri contenant le milieu de Bordet-Gengou et placées devant la bouche du sujet qui tousse, méthode de diagnostic qui a pour conséquence l'isolement rigoureux de tous les sujets suspects; il ne faut pas que de trop grands espoirs placés dans la vaccinothérapie conduisent le médecin à se départir de ces règles de prophylaxie. PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

F. R. Cécil et W. Sutliff (de New-York). ***Le traitement de la pneumonie lobaire par le sérum antipneumococcique concentré*** (*Journal of the Ameri-*

can medical Association, tome LXXXXI, nº 26, 29 Décembre 1928). — Le présent travail est le résumé de recherches s'échelonnant sur un espace de deux années, au Bellevue Hospital de New-York. Le sérum était du sérum « raffiné » (*refined antipneumococcus serum*), c'est-à-dire un dérivé purifié et concentré du sérum antipneumococcique ordinaire. Le premier point que C. et S. s'efforcèrent de déterminer fut le pouvoir protecteur du sérum concentré, comparé au sérum antipneumococcique commun. A cet effet, C. et S. injectaient à certains sujets, par voie intraveineuse, des doses croissantes de sérum, et 30 minutes après l'injection, ils prélevaient un échantillon de sang du sujet injecté et évaluaient son pouvoir neutralisant à l'égard de pneumocoques des différents types décrits; parallèlement, on évaluait le pouvoir neutralisant du sang, d'une part chez des sujets ayant reçu du sérum ordinaire, d'autre part, chez d'autres sujets n'ayant reçu aucun sérum. Le sérum concentré est habituellement préparé sous une forme polyvalente, contenant des anticorps contre les trois types de pneumocoques : I, II et III; cependant, son pouvoir neutralisant sur le pneumocoque du type III demeure pratiquement insignifiant. D'autre part, le sérum concentré, injecté par voie intraveineuse à des singes préalablement infectés par une dose mortelle de pneumocoques du type I, stérilise rapidement le sang de ceux-ci et provoque une résolution rapide de l'exsudat pneumonique.

En clinique, le sérum concentré est injecté par voie intraveineuse. Pour atténuer, autant que possible, les réactions de choc, C et S. conseillent d'injecter d'abord très lentement 5 cmc du sérum, puis, si le sujet n'accuse aucune réaction, d'injecter la dose utile de 15 à 20 cmc; on doit s'efforcer de répéter ces injections, et d'administrer ainsi 100 cmc de ce sérum dans les premières 24 heures. Le sérum injecté est du sérum polyvalent. Il est surtout actif contre les affections pneumoniques du type I, mais, dans ce cas, il faut faire des doses notablement plus fortes qu'en cas de pneumocoques du type II.

Quant aux réactions présentées par les malades, C. et S. les classent en 2 catégories : réaction thermique et réaction allergique. La maladie du sérum proprement dite fut observée chez 19 pour 100 des malades traités.

Les résultats de cette thérapeutique sont, suivant C. et S., tout à fait frappants. Quand le sérum est injecté par voie intraveineuse au stade précoce de l'affection, chez un sujet atteint de pneumonie due à un pneumocoque du type 1, on voit le microbe disparaître du sang, s'il y avait septicémie, et la température revenir rapidement à la normale; même dans les cas traités tardivement, un résultat favorable peut être obtenu. Dans les pneumonies du type 2, les résultats sont moins favorables, bien qu'ici encore une guérison rapide ait pu être souvent notée, chez les sujets traités à un stade rapproché du début de la maladie. En cas de pneumocoque du type 3, on n'observe aucun résultat; quant au pneumocoque du type 4, sa réalité reste encore en discussion.

Chez 441 malades traités par le sérum antipneumococcique concentré, la mortalité fut de 30 p. 100; chez une série parallèle de sujets non soumis à la radiothérapie, le nombre des morts, durant le même laps de temps, s'éleva à 39 pour 100. D'autre part, si on se limite aux cas dus au pneumocoque du type 1, on voit que chez les sujets traités la mortalité s'abaissa à 15 pour 100, tandis que dans une série témoin, le même jour, le nombre des morts atteignit 32 p. 100. C. et S. recommandent donc très vivement l'emploi du sérum concentré dans les affections pneumococciques.

Pierre-Noel Deschamps.

R. Mussey et N. Keith (de Rochester). *La signification exacte de la néphrite gravidique* (*Journal of the American medical Association*, tome XCI, nº 26, 29 Décembre 1928). — De l'observation de 110 cas de manifestations rénales de la grossesse, observées à la clinique Mayo, M. et K. tirent les conclusions suivantes.

On peut distinguer, parmi ces dernières, une néphrite chronique, antérieure à la grossesse, et une néphrite aiguë, qui se développe durant la gestation.

La néphrite aiguë gravidique représente une des manifestations de la toxémie éclamptique, c'est-à-dire d'une affection vasculaire, qui intéresse, en même temps que les reins, le foie et divers autres organes.

Toutefois, le pouvoir de régénération du foie est tel que l'atteinte de cet organe peut difficilement être démontrée chez les femmes qui ont présenté des accidents de toxémie gravidique, s'accompagnant ou non d'éclampsie, et qui ont été suivis de guérison.

Il faut bien savoir d'autre part que, dans bien des cas de toxémie gravidique aiguë des 3 derniers mois de la grossesse, même avec atteinte rénale grave, la guérison est en définitive complète; dans un second groupe de faits, au contraire, on voit persister des lésions graves des reins ou du système vasculaire.

Cliniquement, les manifestations rénales aiguës, en rapport avec la toxémie gravidique, peuvent prendre les deux aspects que distingue Volhardt dans sa classification générale des néphrites : soit glomérulonéphrite proprement dite, soit néphrose, qui se distingue de la précédente par l'absence d'hypertension et de modifications des vaisseaux du fond d'œil, et au contraire par la prédominance des œdèmes.

Quand la néphrite aiguë (ou la néphrose) passe à l'état chronique, des examens systématiques et répétés sont nécessaires pour apprécier l'état du rein et pouvoir permettre éventuellement une nouvelle grossesse ou édicter les mesures prophylactiques à prendre si cette hypothèse se réalise; classiquement, on tend à interdire aux femmes atteintes de néphrites gravidiques une nouvelle gestation; en pratique, cependant, suivant M. et K., les examens précités prouvent que la fonction rénale chez de telles malades reste en définitive largement suffisante pour permettre des grossesses ultérieures.

Pierre-Noel Deschamps.

A. Stellians et T. Lawless (de Chicago). *Le traitement intra-dermique de l'argyrie* (*Journal of the American medical Association*, tome XCII, nº 1, 5 Janvier 1929). — S. et L. ont cherché à faire disparaître l'argyrie par l'emploi d'un corps réducteur tel que ceux qui sont usités en photographie. A cet effet, ils ont employé en injection intradermique un mélange d'une solution de thiosulfate de soude à 6 pour 100 et d'une solution de ferricyanure de potassium à 1 pour 100.

Ils ont vu, sous l'influence de ce mélange, les dépôts d'argent sous-cutané disparaître très rapidement. Le seul inconvénient de cette thérapeutique est l'obligation de l'emploi de l'anesthésie locale, en raison de la douleur très violente que provoquent les injections. Expérimentalement, S. et L. ont essayé chez le lapin des injections intraveineuses de la même préparation, et ils n'ont observé aucune lésion appréciable des divers organes; les reins, notamment, sont restés indemnes.

Pierre-Noel Deschamps.

M. Henderson (de Rochester). *L'ostéosynthèse pour tuberculose vertébrale* (*Journal of the American medical Association*, tome XCII, nº 1, 5 Janvier 1929). — D'une façon générale, la méthode conservatrice par l'immobilisation, dans le traitement du mal de Pott, apparaît comme la plus en faveur et H. cite à ce propos les principales publications parues sur ce sujet dans la toute dernière année, tant aux Etats-Unis et en Angleterre qu'en France et dans les pays scandinaves. Cependant H. lui-même, de même que Hibbs, ont été amenés à préconiser l'ostéosynthèse, non seulement chez l'adulte, mais même chez l'enfant. H. a divisé les faits observés par lui en 5 catégories : résultats *excellents* concernant les malades complètement guéris et ayant récupéré une activité normale ; — résultats *bons*, comprenant les sujets qui ont pu reprendre une occupation active, mais chez qui on voit apparaître par moments soit des douleurs dans la colonne vertébrale, soit une fatigue anormale au niveau des membres inférieurs ; — résultats *médiocres*; en ce cas, les malades ont été suffisamment améliorés pour reprendre un certain degré d'activité, mais avec persistance soit d'un certain degré de difformité, soit d'un ou plusieurs abcès; — résultats *très médiocres* lorsque aucune amélioration n'a été observée; — résultats *déplorables*, c'est-à-dire rapidement suivis de mort.

H. a traité ainsi 301 malades; chez 137, c'est-à-dire 51,8 pour 100, le résultat fut soit excellent, soit bon. D'autre part, la mortalité post-opératoire immédiate fut faible (1 pour 100), mais 20 pour 100 des sujets opérés moururent dans un délai plus ou moins rapproché, par dissémination granulique. Malgré cette mortalité globale élevée, H. arrive à la conclusion, somme toute assez inattendue, que l'ostéosynthèse est une intervention qui donne des résultats favorables et doit être tentée. En réalité, le danger de dissémination granulique, qui ne paraît retenir que fort peu l'attention de H., apparaît, de son aveu même, le principal écueil d'interventions de ce genre Par ailleurs, H. reconnaît lui-même que le traitement opératoire, sur la technique duquel il ne donne d'ailleurs aucun détail, n'est pas radical, et que les rémissions spontanées fréquentes, notamment des paraplégies, ont pour effet de fausser l'appréciation des résultats obtenus.

Pierre-Noel Deschamps.

A. Bunie et M. Dougherty (d'Atlanta). *Le diabète sucré chez les jumeaux* (*Journal of the American medical Association*, tome XCII, nº 1, 5 Janvier 1929). — B. et D. ont réuni 5 observations de diabète développé chez des jumeaux dont l'une leur est personnelle. Elle concerne 2 sujets de 27 ans dont l'un fut admis à l'hôpital pour un diabète avec acidose, considérablement amélioré par l'insulinothérapie et le régime, et dont l'autre présenta, vers la même époque, un diabète sensiblement du même type avec glycosurie assez facilement réductible par le régime et tolérance aux hydrocarbones relativement peu abaissée. Ces 2 sujets présentaient l'un et l'autre un strabisme convergent et une amblyopie unilatérale de l'œil droit, ainsi qu'un nystagmus horizontal. B. et D. insistent sur cette similitude de stigmates de dégénérescence chez ces 2 sujets, qui contribuent peut-être à expliquer chez eux, par une sorte de trouble constitutionnel héréditaire, l'apparition simultanée des accidents diabétiques.

Pierre-Noel Deschamps.

A. Sorland, W. Costolow et O'Meland (de Los Angeles). *L'association du plomb colloïdal à la radiothérapie et à la curiethérapie dans le traitement du cancer* (*Journal of the American medical Association*, tome XCII, nº 2, 12 Janvier 1929). — La technique employée par S., C. et M. dans le traitement des tumeurs malignes consiste à faire chaque semaine une injection intraveineuse de 0 gr. 10 à 0 gr. 12 d'une suspension colloïdale de phosphate de plomb, jusqu'à concurrence de 3 injections. Dès le 5e jour après la première injection, on commence les irradiations. Dans tous les cas traités sauf 2, on s'adressa à la radiothérapie, et dans les 2 derniers cas, ce furent les applications de radium qui furent employées. Après administration de 0 gr. 30 à 0 gr. 35 de plomb colloïdal, celui-ci était habituellement continué à doses plus faibles pendant 4 à 6 semaines.

S., C. et M. n'ont observé que chez un seul malade une réaction immédiate aux injections, caractérisée par un frisson. Dans tous les cas au contraire, ils observèrent, au bout de quelques semaines, une réaction tardive, caractérisée par une sensation de faiblesse générale, accompagnée de pâleur des téguments, de douleurs abdominales, d'un état nauséeux. Ces phénomènes subjectifs s'accompagnaient, de façon constante, de modifications de la formule sanguine, caractérisées tout d'abord par une augmentation légère du chiffre des hématies et de la valeur globulaire, associée à une diminution du taux des globules blancs, suivie d'une réaction inverse, c'est-à-dire d'une leucocytose polynucléaire coïncidant avec un abaissement du taux des hématies.

Les modifications observées au niveau de la tumeur sont les suivantes : tout d'abord, accroissement du volume de celle-ci, dû à la formation d'un œdème péritumoral, puis, ultérieurement et assez tardivement, modification de la consistance, qui devient fibreuse, et diminution de volume. Toutefois, un tel changement de l'état local n'apparaît que chez

les sujets non cachectiques; chez ces derniers, au contraire, on n'observe aucune modification dans l'état de la tumeur.

En cas de néoplasme infecté, l'action du traitement par le plomb est nettement défavorable; peu de jours après les injections, on voit apparaître une suppuration abondante et fréquemment un état septicémique; l'état général s'altère rapidement, sous l'effet simultané de l'extension des phénomènes infectieux et du processus toxique dû au plomb. Il faut faire remarquer, toutefois, que, dans ces tumeurs infectées, les interventions opératoires, comme la radiothérapie, donnent des résultats tout aussi médiocres, et que ces tumeurs, en particulier, sont presque toujours radio-résistantes.

Selon S., C. et M., on ne doit jamais employer le plomb seul, mais toujours en association avec les rayons X ou le radium. Il faut, d'autre part, pendant la durée de la cure, soutenir l'état général, donner une alimentation riche en vitamines, user largement de l'héliothérapie ou des rayons ultra-violets. Si nécessaire, on y associera les transfusions et l'opothérapie hépatique, pour provoquer la restauration sanguine et enrayer les phénomènes anémiques.

Dans l'ensemble, sur les 31 malades traités par cette méthode, les résultats obtenus sont fort peu encourageants, puisque la plupart furent suivis de mort rapide ou d'une survie peu étendue; de l'aveu même ds S., C. et M., l'emploi du plomb colloïdal ne constitue nullement une solution du problème thérapeutique du cancer.

Pierre-Noel Deschamps.

L. C. Nox (de New-York). ***La thérapeutique par le plomb dans le cancer*** (*Journal of the American medical Association*, t. XCII, nº 2, 12 Janvier 1929). — N. apporte, sur les résultats de l'emploi du plomb colloïdal dans le cancer, une opinion assez analogue à celle qui est exposée dans l'article précédent. Ce traitement fut institué dans une première série de 40 malades, dont l'observation fut échelonnée sur 2 années, et qui présentaient des tumeurs malignes de siège très varié; 2 de ces malades présentaient l'un, une maladie de Hodgkin, l'autre, une leucémie myéloïde. Tantôt N. employa le plomb colloïdal seul, tantôt ce dernier corps associé aux irradiations.

Parmi les 40 sujets ainsi traités, 4, au bout de 2 ans, ne présentent plus aucun signe de la maladie originelle; 2 autres ont présenté une amélioration temporaire; 34 sont morts, soit des progrès de leur tumeur elle-même, soit par apparition de métastases.

Dans une série de 20 autres malades, à un stade beaucoup plus avancé de la maladie cancéreuse et dont l'état cachectique était très prononcé, l'usage du plomb dut être interrompu avant qu'aucune amélioration très marquée ne se fût manifestée; mais N. eut l'impression de retarder dans certains cas l'évolution fatale. Enfin N. insiste sur le fait que chez aucun de ces 60 malades, la mort ne parut causée par l'emploi du plomb, qui n'entraîna jamais par lui-même de complications sérieuses.

A la suite de l'exposé de ces résultats, N. arrive à la conclusion, légèrement plus optimiste que celle des auteurs précédents, mais cependant très réservée, que, dans le cas de cancers inopérables, l'emploi simultané de la radiothérapie et des injections colloïdales paraît avoir un rôle d'arrêt temporaire sur l'évolution de la maladie cancéreuse.

Pierre-Noel Deschamps.

SAO PAULO MEDICO

Pr. Annes Dias. ***Les fausses péritonites typhiques; syndrome péritonéal et acidose*** (*Sao Paulo Medico*, 1re année, tome II, nº 1, Septembre 1928). — Nous avons signalé, en analysant le premier volume des cliniques de cet auteur, la série des leçons qu'il a consacrées aux syndromes d'acidose. La présente leçon décrit un syndrome fort intéressant signalé pour la première fois par cet éminent clinicien; il s'agit d'un syndrome qui simule à s'y méprendre, dans ses formes graves, celui de la perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde. On sait combien il est difficile, en pareil cas, d'affirmer la perforation et de poser une indication opératoire, qui n'est pas toujours exempte de dangers, puisque les statistiques comportent une mortalité de 50 p. 100. D'autre part, que de fois l'intervention infirme le diagnostic! Il suffit de relire à cet égard les leçons que Ramond a consacrées aux « fausses perforations intestinales ».

Or, d'après Dias, un grand nombre de ces fausses péritonites relèvent très vraisemblablement de l'acidose, et, qui plus est, il y a moyen de poser ce diagnostic en dehors même de la détermination de la réserve alcaline, dont on ne doit pas néanmoins se passer. Voici les éléments de ce diagnostic :

Le vomissement, comme l'avait déjà écrit Widal, n'est pas un symptôme habituel au cours de la convalescence; il doit donc attirer l'attention, surtout si l'on sait que très souvent il est lié à l'acidose.

Le vomissement est tardif dans le cas de la perforation, il est précoce dans celui de l'acidose. Il en est de même du hoquet.

La rétention d'urines est un signe de gravité dans le cas de l'acidose; dans la péritonite, elle s'accompagne de cette douleur à la miction sur laquelle a bien insisté L. Ramond et qui peut être due à l'abus d'urotropine.

La paralysie intestinale avec tympanisme est plus accentuée et plus tardive dans la péritonite qu'au cours de l'acidose.

La température est assez caractéristique par sa chute brusque au cours de la perforation, mais cette modification de la courbe est loin d'être constante. L'accélération du pouls n'a rien non plus de pathognomonique. La douleur abdominale de la perforation est peut-être plus caractéristique, lorsqu'elle est localisée à une partie de l'abdomen, dont la paroi est contracturée et hypersensible à l'effleurage, lorsque après « le coup de poignard », elle cesse ou s'amende brusquement.

Il convient d'attacher une grande importance au type respiratoire, thoracique dans la péritonite, abdominal dans l'acidose, au cours de laquelle il affecte parfois le type Kussmaul.

La détermination de la réserve alcaline tranche la question; sa chute au-dessous de 40 constitue un élément de pronostic plus que réservé.

On comprend la sanction thérapeutique d'un tel diagnostic; c'est le traitement de l'acidose, traitement qu'il convient alors d'appliquer de façon précoce par un régime alimentaire rationnel. Il ne faut pas oublier non plus que l'acidose éprouve gravement le cœur et nécessite l'emploi de cardiotoniques.

M. Nathan.

LA PRENSA MEDICA ARGENTINA

(*Buenos Aires*)

C. Bonorino Udaondo et A. Vadone. ***Mécanisme pathogénique du phénomène de Kienbœck*** (*La Prensa Medica Argentina*, tome XV, nº 18, 30 Novembre 1928). — Le phénomène, décrit par Kienbœck en 1898 dans le pneumothorax, consiste en un mouvement de bascule des deux hémi-diaphragmes, observé à la radioscopie; un hémi-diaphragme s'abaisse tandis que l'autre s'élève et réciproquement. La constatation du phénomène ne souffre aucune espèce de difficulté, sa pathogénie a été fort discutée et de nombreuses explications ont été proposées.

B. et V. en se plaçant dans des conditions particulièrement favorables distinguent 2 cas :

Dans la première série de cas, ils envisagent des sujets ayant subi la phrénicotomie unilatérale. En telle occurrence, le diaphragme ou plutôt l'hémi-diaphragme correspondant n'est plus qu'un voile inerte; ses mouvements sont comparables à ceux de l'eau du tube manométrique.

La pathogénie est différente en l'absence de paralysie de l'hémi-diaphragme. Ce phénomène ne se produit pas dans le pneumothorax simple lorsque la pression expiratoire est négative; il se produit en revanche chaque fois qu'elle est positive. Il cesse en général lorsque le sujet se couche ou se penche fortement du côté du pneumothorax; il réapparaît nettement dans le décubitus ou dans l'inclinaison du côté opposé. Des adhérences peuvent empêcher la production du phénomène. Le principe de la production du Kienbœck réside dans ce fait que le diaphragme descend au cours de l'expiration. Au moment où il se relâche, il est chassé par la pression positive qu'il rencontre en raison même du pneumothorax. Au contraire, au cours de l'inspiration, il remonte en raison de la diminution de la pression que supporte sa face supérieure.

L'hydro- ou le pyopneumothorax rentrent dans l'une ou l'autre des catégories précédentes, suivant qu'il y a ou non paralysie du diaphragme. Un nouveau facteur intervient néanmoins, c'est le déplacement inspiratoire du médiastin. La réduction inspiratoire du diamètre transversal du médiastin fait monter le liquide.

M. Nathan.

ARCHIVOS DE OFTALMOLOGIA DE BUENOS AIRES

A. Natale. ***Deux observations de kystes hydatiques de l'orbite*** (*Archivos de oftalmologia de Buenos-Aires*, tome III, nº 12, Octobre 1928). — Les kystes hydatiques de l'orbite sont loin d'être exceptionnels, surtout en Argentine. Ils occupent toujours les parties molles. N. les divise en rétro- et en péri-oculaires. On comprend les difficultés du diagnostic surtout dans le premier cas où rien ne prouve la nature liquide de la tumeur et où les réactions biologiques font souvent défaut, comme chez une des malades de N. L'intervention en cette occurrence se montra fort laborieuse d'autant plus que la membrane périkystique était très mince et se confondait avec la membrane propre. Le résultat opératoire fut très satisfaisant; il ne persista qu'une très légère exophtalmie.

Dans le second cas, la tumeur était plus facilement palpable et abordable. L'opération donna également un bon résultat; le globe de l'œil est sensiblement en position normale, on ne constate qu'une très légère limitation des mouvements en dedans et en bas.

La présence d'une adventice distingue les kystes hydatiques des autres kystes de l'orbite, mais au niveau de l'orbite, cette membrane est souvent bien rudimentaire. Engendrée par les réactions de l'organisme à l'irritation du kyste, son épaisseur est proportionnelle à l'ancienneté du kyste lui-même.

M. Nathan.

REVISTA MEDICA DE CHILE

Rifo Bustos. ***L'action diurétique du citrate de soude*** (*Revista Medica de Chile*, tome LVII, nº 2, Février 1929). — L'action diurétique du citrate de soude, de même que son action anti-œdémateuse, se sont montrées particulièrement nettes chez trois malades observés par cet auteur. L'injection intraveineuse, faite plusieurs jours de suite, comportait 5 cmc d'une solution à 20 pour 100.

Cet effet, ainsi que l'élimination massive de NaCl, semble paradoxal, d'après les travaux de Blum, de Strasbourg, pour qui le Na représente dans le NaCl l'élément primordial de la rétention. Après une longue discussion et sans conclure de façon péremptoire, B. pense que, probablement par une action sur le pouvoir d'absorption des albumines du sang, le citrate de soude appelle dans le sérum sanguin les produits en rétention dans le tissu interstitiel et, de la sorte, rétablit un équilibre normal de pression entre ces deux milieux. Le citrate n'agit, du reste, que dans des limites de concentration bien déterminées. Faut-il faire intervenir une action sur l'équilibre vago-sympathique, acide-base? C'est ce que l'auteur cherchera à établir dans un prochain travail.

M. Nathan.

Hyposécrétion et régime

(*Diététique*) **DES SAUCES**

I

Il existe toute une catégorie de malades chez qui la sécrétion gastrique doit être exagérée. Or pour exciter la sécrétion stomacale, il est indispensable d'agir sur la gustation puisque d'après Pawlow : gustation entraîne sécrétion.

Ce qui revient à dire qu'à toute cette catégorie de malades : hyposécréteurs, anorexiques, il est indispensable de prescrire des aliments gustativement agréables.

Comment peut-on arriver à cette solution ?

La cuisine française agrémente les aliments cuits en les servant avec des sauces plus ou moins aromatisées, plus ou moins onctueuses. Ce sont ces aromes délicats, cette onctuosité savante qui donnent à notre cuisine tout son raffinement, qui créent toute sa mondiale réputation.

Or, en tête de tous nos régimes médicaux, nous voyons flamboyer en lettres menaçantes : *supprimer toutes sauces* de l'alimentation.

De telle sorte que nos patients anorexiques se trouvent en présence de ce dilemme ; manger sans appétit des aliments soi-disant digestibles, ou manger avec appétit des aliments décrétés indigestes.

Peut-on sortir de ce dilemme ?



Et d'abord qu'est-ce qu'une sauce ?

A la base de la presque totalité des sauces existe un jus, c'est-à-dire *tout ce qui s'écoule* pendant la cuisson d'une viande qu'on fait rôtir.

Le jus est donc une solution aromatisée contenant de l'albumine et quelques matières grasses. Dans une cuisine bourgeoisement préparée le jus de viande est donc parfaitement digestible car les albumines sont digérées par la solution chlorhydro-peptique sécrétée par l'estomac. La cuisine savante ne se contentant pas de cette sauce trop simpliste l'a compliquée dans les deux stades de raffinement suivants :



Le premier stade comprend la liaison *du jus à l'amidon ou au jaune d'œuf*.

Lier un jus à l'amidon, c'est lui ajouter une suspension de fécule et porter le tout à l'ébullition.

C'est en un mot préparer un empois d'amidon aromatisé.

Lier un jus au jaune d'œuf, c'est délayer dans ce jus une suspension de jaune d'œuf et faire chauffer le tout à une température ne dépassant pas 70°.

A cette température de 70°, les corpuscules du jaune d'œuf se soudent les unes aux autres, englobant le liquide interposé : *le jus est lié*.

Ne pas dépasser cette température car au-dessus de 75° le jaune se sépare du liquide : *la sauce est tournée*.

Ces deux variétés de sauces sont parfaitement compatibles avec une digestion même insuffisante.

En effet un empois d'amidon aromatisé est facilement digéré par la salive ; le ferment salivaire, la ptyaline transforme rapidement dans l'étuve stomacale les grains d'amidon insolubles en solution sucrée soluble.

De même une liaison à l'œuf comporte une partie d'albumine facilement attaquable par le suc gastrique, qui libère les lécithines et les corps gras de ce jaune. Une sauce ainsi préparée sera donc moins digestive qu'un simple jus mais sera néanmoins supportée par un estomac même insuffisant.

LÉON-MEUNIER.

Hyposécrétion et régime

(*Diététique*) **DES SAUCES**

II

Dans un deuxième stade de raffinement, la cuisine française a cru devoir encore corser ses sauces en y incorporant des corps gras.

C'est évidemment une addition qui a donné une grande onctuosité aux sauces et qui a réjoui les gastronomes, mais non les gastropathes.

C'est de cette période que sont nés les roux qui consistent à chauffer longuement dans une graisse la farine ajoutée, à la torréfier ainsi plus ou moins, pour obtenir soit des sauces blanches, soit des sauces brunes.

C'est également à ce stade qu'appartiennent les sauces à base d'œufs et de corps gras (beurre ou huile).

Dans ces sauces, le jaune d'œuf n'agit que comme liant. Ce sont de véritables émulsions de corps gras préparées soit à chaud (sauces hollandaises), soit à froid (sauces mayonnaises, sauces tartares,..).

Mais quel que soit le mode de préparation, ces sauces se présentent microscopiquement sous l'aspect d'une suspension de petits corpuscules graisseux qui recouvrent les aliments ingérés d'une mince pellicule insoluble dans le suc gastrique.



En résumé, il est possible d'exciter l'appétit de nos malades en leur prescrivant des sauces. Toutefois, il est nécessaire de n'utiliser que les jus ou les liaisons à l'amidon ou au jaune d'œuf simples.

Tous les roux, toutes les sauces à base de corps gras cuisinés se présentant sous forme d'émulsions devront être écartés.

Nous donnons à titre d'exemples quelques types de sauces susceptibles d'être conseillées et dans lesquelles on remplace le beurre cuisiné porté à une température élevée par du beurre simplement chauffé ;

1° Sauce pour le poisson : prendre 50 gr. de beurre frais et un citron. Travailler le beurre jusqu'à ce qu'il soit réduit en crème. On ajoute ensuite petit à petit et en tournant toujours le jus d'un citron et un peu de sel ;

2° Sauce pour remplacer la sauce mayonnaise et destinée à remplacer l'huile de la mayonnaise :

Prendre 150 gr. de beurre. Travailler le beurre près du feu et ajouter peu à peu deux jaunes d'œufs en tournant constamment. Saler ;

3° Sauce pour remplacer la Béchamel, en supprimant le beurre cuisiné ; chauffer un demi-litre de lait. Délayer deux cuillerées à soupe de fécule avec un peu de lait froid, puis verser en remuant le mélange obtenu dans le lait bouillant, laisser cuire environ cinq minutes et saler. Après cuisson, ajouter 40 à 50 gr. de beurre.

Assaisonnement de salade sans vinaigre :

Huile d'olives	Une cuillerée à soupe.
Crème au lait	Une cuillerée à soupe.
Citron.	1/2
Sel	Une pincée.

Cet assaisonnement peut s'appliquer à toute salade de saison.

Avec un peu de recherche, toute cuisinière peut composer et varier les sauces en s'inspirant de ces principes. En les prescrivant, nous augmenterons la valeur gustative des aliments, nous exciterons l'appétit et la sécrétion stomacale sans compromettre la digestion gastrique[1].

LÉON-MEUNIER.

1. Ouvrages consultés : Pozerski, Montennis, Mme Molle, Ali-bab.

POUR COMBATTRE :
Asthme
Artériosclérose
Lymphatisme
Rhumatisme
Algies diverses
Sciatique
Syphilis, etc.

THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE ET RADIODIAGNOSTIC

LIPIODOL LAFAY

Injectable sans Douleur
54 Centigr. d'Iode pur par centi. cube
Ampoules. Capsules. Emulsion
A. GUERBET & Cie Ph^iens, 69, Rue de Provence, PARIS

POUR EXPLORER :
Système nerveux
Voies respiratoires
Utérus et Trompes
Voies urinaires
Sinus nasaux
Voies Lacrymales
Abcès et Fistules, etc.

TOUS RENSEIGNEMENTS OU RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES SUR DEMANDE

L'ASSÉCHANT BRONCHIQUE LE PLUS EFFICACE ET LE MIEUX TOLÉRÉ GASTRIQUEMENT

PERLES TAPHOSOTE

LAMBIOTTE FRÈRES

Dosées à 0 gr. 25 de tanno-phosphate de créosote.
(CRÉOSOTE 76 % — ACIDE PHOSPHORIQUE 19 % — TANIN 5 %)

BRONCHITES CHRONIQUES
CATARRHES
SÉQUELLES DES GAZ TOXIQUES
PRÉTUBERCULOSE
TUBERCULOSE PULMOMAIRE

Dose moyenne : 5 perles par jour.



Littérature et Échantillons : **Produits LAMBIOTTE FRÈRES, 3, rue d'Edimbourg, PARIS (VIIIe).**



REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MÉDECINE

(Paris)

P. Teissier, J. Reilly et E. Rivalier. ***Le mode d'action de la vaccinothérapie spécifique : essai d'interprétation*** (1er Mémoire) (*Annales de Médecine*, tome XXV, nº 2, Février 1929). — T., R. et R. exposent d'abord l'évolution des idées sur la vaccinothérapie. Dans tout vaccin microbien, il faut dissocier l'action protéinique banale de l'action spécifique liée à son pouvoir antigène. La vaccinothérapie, telle qu'elle est actuellement pratiquée, guérit ou améliore les malades, sans les prémunir : elle se contente de stimuler et de renforcer les moyens naturels de défense de l'organisme, elle ne vaccine pas (L. Bazy), d'où la tendance actuelle à remplacer le vocable de vaccinothérapie par celui de bactériothérapie (H. Vallée et L. Bazy), ce qui n'équivaut pas du reste à refuser à la vaccinothérapie tout caractère spécifique.

Dissocier l'effet protéinique banal de l'effet spécifique ou antigénique d'un vaccin est un problème complexe, nécessitant une étude clinique et expérimentale, que T., R. et R. ont poursuivie notamment pour l'*infection chancrelleuse*.

Ils ont utilisé comme antigène la *streptobacilline*, préparée suivant la technique de Besredka, diluée de manière à renfermer 1 gr. d'albumine par litre, et débarrassée des nucléoprotéides. Cette streptobacilline purifiée, ne renfermant plus que les globulines bactériennes, peut être injectée à l'homme normal, même par voie intraveineuse et à des doses s'élevant jusqu'à 2 cmc, sans susciter la moindre réaction. Elle a un pouvoir antigénique élevé, à condition d'avoir été préparée à l'aide d'une culture de bacilles de Ducrey isolés depuis peu.

T., R. et R. ont étudié les effets physio-pathologiques de la streptobacilline chez les chancrelleux. En intradermo-réactions, elle provoque des réactions très variables : ces différences dans le degré de sensibilisation des malades sont liées aux conditions de végétabilité du streptobacille qui permettent à ses poisons de diffuser et d'impressionner l'organisme, et, partant, au caractère évolutif de l'infection. L'état de sensibilisation de l'organisme, apprécié par l'intolérance acquise vis-à-vis des constituants antigéniques d'un microbe, n'implique donc pas un accroissement de sa réceptivité.

Les injections répétées de streptobacilline par voie intramusculaire ou intraveineuse aboutissent constamment et dans un bref délai à l'accoutumance. Cette désensibilisation des chancrelleux est d'autant plus rapide à atteindre que leur susceptibilité, avant tout traitement, était plus vive à l'égard de la streptobacilline, et les injections espacées y conduisent plus sûrement que les inoculations réitérées à bref délai. Mais, de même que l'injection de corps microbiens tués, l'inoculation réitérée de streptobacilline est incapable d'immuniser l'homme contre le bacille de Ducrey.

L'infection chancrelleuse se compose d'une lésion locale due à la multiplication du bacille *in situ* et d'un trouble humoral dû à la diffusion de l'antigène microbien, qui n'arrive d'ailleurs pas à créer l'immunité. L'injection de streptobacilline ne peut pas la conférer davantage, elle se contente de vaincre l'état allergique.

T., R. et R. analysent ensuite les effets thérapeutiques qu'ils ont observés chez 101 malades avec la streptobacilline : 63 guérisons rapides, en 5 à 15 jours ; 10 cas réfractaires. Les effets heureux s'obtiennent à la faveur des réactions générales qui suivent l'injection. La vaccinothérapie spécifique du chancre mou consiste donc dans la provocation de phénomènes inflammatoires généraux, par l'apport de l'antigène homologue chez un sujet infecté et devenu sensible à l'égard de cet antigène ; c'est une simple mise à profit d'un état d'intolérance protéinique qui, rapidement d'ailleurs, disparaîtra sous l'influence du traitement.

Aussi, la vaccinothérapie spécifique doit-elle s'adapter à chaque sujet et convient-il de pratiquer avant le traitement une intradermo-réaction permettant d'apprécier le degré de susceptibilité du malade, afin de fixer les doses à injecter.

Protéinothérapie banale et vaccinothérapie spécifique assurent un pourcentage équivalent de succès, et dans les deux cas existe une relation étroite entre l'intensité des réactions obtenues et l'effet thérapeutique, par un même mécanisme, spécifique ou banal, aboutissant à créer un conflit inflammatoire.

Pour obtenir le maximum de résultats de ces méthodes, il faut que la lésion chancrelleuse évolue déjà depuis un certain temps et que la lésion présente un caractère inflammatoire. Les résultats sont en effet subordonnés à l'état de sensibilisation du sujet, au degré d'allergie. Aussi, chez un chancrelleux peu sensibilisé, vaut-il mieux différer l'acte thérapeutique jusqu'au jour où l'organisme a acquis l'état allergique nécessaire ; il ne faut intervenir qu'au moment opportun. L. Rivet.

REVUE DE CHIRURGIE

(Paris)

M. Lacaze et P. Melnotte (Armée). ***L'amibiase hépatique et son traitement, d'après 252 interventions chirurgicales*** (*Revue de Chirurgie*, 1928, tome LXVI, nº 10). — L'amibiase n'est plus une maladie exclusivement exotique ; elle tend à envahir la métropole, sans qu'une extension importante soit à redouter ; mais cette modification géographique souligne l'intérêt de ce travail, basé sur une longue expérience.

La complication hépatique, par sa fréquence, sa nature, doit retenir tout particulièrement l'attention des chirurgiens.

Cliniquement, les auteurs remarquent que les formes frustes donnent autant, sinon plus d'hépatites que la dysenterie amibienne aiguë ; la localisation hépatique peut précéder, accompagner ou suivre, parfois même à très longue échéance, l'épisode intestinal clinique. Le surmenage général ou hépatique local favorise la localisation et, si les infections sont souvent associées dans les hépatites, l'amibe seul peut réaliser la suppuration.

L. et M. décrivent une hépatite amibienne fruste et une hépatite amibienne diffuse ; elles peuvent tourner court ou aboutir à la troisième forme qui est l'hépatite amibienne suppurée. Celle-ci peut être aiguë, subaiguë ou chronique ; mais, dans ces trois modalités, elle évolue vers la suppuration et donne un signe clinique de certitude : la douleur localisée, imposant l'obligation de la ponction du foie, ponction qui donne du pus.

L. et M. étudient ensuite en détail la symptomatologie des hépatites amibiennes suppurées aiguës, subaiguës et chroniques, en insistant sur les signes généraux, locaux, à distance, sur les signes fournis par la radioscopie, le laboratoire et l'intervention. Mais les signes capitaux persistent toujours sous l'apparente multiplicité des formes hépatiques, gastriques, intestinales, pleuro-pulmonaires, rénales ou pérénales, péritonéales.

Le traitement médical s'applique à tous les cas sans exception : il est toujours nécessaire et souvent suffisant ; *mais, dès qu'il y a du pus, il est insuffisant, et le traitement chirurgical doit aussitôt entrer en jeu*. Il faut réaliser l'association émétine-chirurgie, car, à lui seul, le traitement chirurgical n'est pas suffisant.

L. et M. entrent alors dans le détail de l'administration de l'émétine : traitement d'attaque et traitement d'entretien, et développent des notions importantes, issues de leur expérience, dans le traitement chirurgical des abcès du foie.

Ils insistent sur la difficulté du diagnostic, sur la fréquence des abcès multiples concomitants, sur l'obligation, qui en résulte, d'une large voie d'accès, la ponction ne permettant qu'un diagnostic qualitatif et non quantitatif. Il faut opérer le plus rapidement possible, dès le diagnostic posé.

Position latérale cambrée, dans les interventions par voie thoracique ; position dorsale cambrée, dans les interventions par voie abdominale, voie d'accès large, qui peut être, dans les cas imprécis, une thoraco-laparotomie effectuée de proche en proche.

Les auteurs n'ont jamais pratiqué d'hépato-fixation, n'ont jamais ni lavé, ni curetté la cavité de l'abcès, ni jamais suturé les abcès. Ils vident lentement les gros abcès et établissent toujours un drainage.

Sur 252 malades opérés, ils ont eu 8 décès, et leur statistique est intégrale. J. Okinczyc.

REVUE FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

(Paris)

A. Laffont et J. Larribère. ***Le traitement de l'éclampsie par le somnifène ; guérison et continuation de la grossesse*** (*Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, nº 3, Mars 1929). — Si une femme en état de gestation (je dis gestation et non pas parturition, car, dans ce dernier cas, le pronostic est tout différent) présente des crises d'éclampsie, il n'est pas commun qu'elle guérisse, et, en tout cas, si elle guérit, il est extrêmement fréquent que l'enfant ne naisse pas vivant ; dans les quelques cas où l'enfant est né vivant, il s'agissait habituellement de femmes dont l'accouchement s'est produit très peu de temps après les crises convulsives.

A ces résultats, L. et L. opposent ceux qu'ils ont obtenus par l'emploi du somnifène à la dose de 3 à 4 cmc 1/2 dans 2 cas d'éclampsie observés au cours de la gestation. Dans les deux cas, les convulsions ont cessé instantanément et les gestations ont poursuivi leur évolution, l'une pendant 19 jours, l'autre pendant 34 jours, les enfants naissant vivants. On peut donc dire que l'éclampsie a été guérie, et guérie complètement. Les deux enfants sont d'ailleurs nés débiles, ce qui s'explique par la présence de lésions hémorragiques étendues des placentas. Le somnifène a supprimé les convulsions presque instantanément, ce qui prouve qu'il y a un intérêt vital pour l'enfant comme pour la mère à diminuer le nombre des convulsions.

Or, à la connaissance de L. et L., aucune méthode n'est capable d'enrayer instantanément et définitivement les crises éclamptiques. L'un des auteurs (Laffont), qui a été, pendant de longues années, l'élève et le collaborateur de Rouvier, lequel était particulièrement partisan de fortes doses de morphine, signale qu'il n'a pas été habitué aux faits de ce genre ; même dans les cas où la morphine donne de bons résultats pour la mère (encore une fois, il s'agit de bons résultats pendant la gestation, car la situation est beaucoup plus favorable au cours de l'accouchement), même dans ces cas, il y a mort de l'enfant.

Ces deux histoires doivent donc être retenues comme très importantes au point de vue de la thérapeutique de l'éclampsie. Henri Vignes.

LE NOURRISSON

(Paris)

Mme Erna Lévy (de Paris). ***Les variations du taux des protéines du sérum sanguin des nourrissons eczémateux*** (*Le Nourrisson*, tome XVII, nº 2, Mars 1929). — Nous avons analysé antérieurement dans *La Presse Médicale* la thèse de Mme E. L. consacrée à une *Étude sur le taux des protéines du sérum sanguin des nourrissons normaux et en particulier des nourrissons eczémateux*. Dans le présent article, Mme E. L. publie un premier tableau

indiquant, au cours de la première année, les protéinémies de nourrissons atteints de différentes affections non eczémateuses et non susceptibles de comporter des variations tant des protéines du sérum que de l'hydratation de l'organisme.

Ce tableau montre l'augmentation régulière du taux des protéines de la naissance jusqu'à la fin de la première année. La protéinémie à la naissance est parfois inférieure à 5,5; elle atteint fréquemment 7 à 7,5 pour 100 bien avant le 12e mois.

Un autre tableau indique les taux des protéines trouvés chez les nourrissons eczémateux. Il montre chez eux la fréquence de l'*hypoprotéinémie*, mais ce phénomène est inconstant puisque certains ont un sérum normal.

L'hypoprotéinémie est particulièrement accentuée lorsque l'eczéma évolue déjà depuis de longs mois et que l'eczéma a été plus suintant et plus étendu.

Ces constatations doivent influencer la thérapeutique. Il faut instituer une ration azotée suffisante et de nature variée; il faut fournir assez d'hydrates de carbone et de graisse pour couvrir largement les besoins caloriques de l'organisme. Le régime doit également comporter une quantité importante de vitamines.

G. Schreiber.

ARCHIVES des MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DE LA NUTRITION (Paris)

L. Béthoux et P. Mounier. ***L'acido-ammoniurie; le coefficient acido-ammoniurique et le taux des acides organiques urinaires; application à l'étude de l'acidose et de l'alcalose*** (*Archives des maladies de l'Appareil digestif et des maladies de la Nutrition*, tome XIX, n° 1, Janvier 1929). — En totalisant les chiffres qui expriment l'acidité de titration et l'ammoniaque de l'urine, on obtient un chiffre global qui constitue une mesure pratique de l'élimination acide totale et, par suite, de l'invasion anormale de l'économie par ces acides : l'acidurie est un témoin d'acidose. C'est le chiffre global (acidité de titration + ammoniaque) évalué en solution normale par litre d'urine que B. et M. appellent acido-ammoniurie. Ils précisent la technique de sa détermination et de son expression numérique.

Etant donné les variations des valeurs absolues de ce chiffre suivant la concentration urinaire, il convient d'utiliser le coefficient acido-ammoniurique, qui exprime le rapport de l'acido-ammoniurie à la concentration de l'urine, celle-ci étant représentée pratiquement par l'excédent de la densité de l'urine sur la densité de l'eau distillée qui est de 1.000. Dans ces conditions, le coefficient moyen est de 4 à 4,5, et au-dessus de la valeur 5, on peut considérer que l'élimination acide est excessive. B. et M. montrent l'utilité de ces déterminations pour la discrimination en clinique des états d'acidose et d'alcalose.

L. Rivet.

JOURNAL DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE (Paris)

R. Busscher. ***Le traitement de la névralgie faciale par le trichloréthylène*** (*Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, an XXIX, n° 2, Février 1929). — En 1915, chez 4 ouvriers intoxiqués par le trichloréthylène, Plessner avait observé des vertiges, des vomissements, un léger œdème de la papille, et une anesthésie de la branche sensitive du trijumeau, sans atteinte de la branche motrice ni des autres nerfs craniens.

L'observation de ces faits engagea l'auteur à essayer avec prudence ce produit dans la névralgie du trijumeau; et dans 14 cas de cet ordre il obtint 12 succès. Le produit, actuellement manufacturé sous le nom de chlorylène, a été employé par d'autres neurologistes allemands qui ont obtenu de bons résultats dans 25 à 50 pour 100 des cas.

Notons que le produit semble avoir été plus actif chez les sujets éthyliques, dans les névralgies récentes, et dans celles du type « essentiel ».

La réceptivité individuelle au médicament est très variable, et le maxillaire inférieur semble moins sensible à la thérapeutique que les 2 autres branches du trijumeau.

Le chlorylène sera employé en inhalation, 25 à 30 gouttes sur un tampon de gaze 3 fois par jour, ou en capsules gélatinisées de 25 à 30 centigr. par la bouche. Le traitement durera de quelques jours à plusieurs mois.

Sur 31 cas, B. a obtenu lui-même 6 guérisons rapides et complètes; 4 rémissions de 15 jours à 6 mois; 3 améliorations partielles; 18 insuccès.

H. Schaeffer.

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE (Paris)

Gaté et Rousset. ***Contribution à l'étude de la gangrène des organes génitaux*** (*Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, tome X, n° 2, Février 1929). — A côté de la gangrène foudroyante des organes génitaux externes, bien décrite par Fournier, et peut-être due au streptocoque, il existe des formes de gangrène plus bénigne, demeurant localisée au fourreau de la verge par exemple et entraînant simplement une fenestration du prépuce.

Ce sont deux de ces cas que G. et R. ont eu l'occasion d'observer, et chez ces deux malades, il persistait un reliquat de l'infection ulcéro-gangreneuse antérieure : au niveau de ces ulcérations on put mettre en évidence, en très grand nombre et à l'exclusion à peu près complète d'autres germes microbiens, les bacilles fusiformes et les spirilles.

Le pronostic de ces formes est bénin, et une fois la fenestration préputiale effectuée, le traitement se borne à des opérations esthétiques.

R. Burnier.

REVUE DE STOMATOLOGIE (Paris)

Ruppe et Lambling. ***A propos d'un cas d'abcès gangreneux du poumon d'origine dentaire*** (*Revue de Stomatologie*, tome XXX, n° 12, Décembre 1928). — R. et L. rapportent l'observation d'un malade de 53 ans, présentant depuis plusieurs mois un kyste paradentaire infecté dont la suppuration est purement intra-kystique. Ce malade accusait de temps à autre des périodes douloureuses de rétention et c'est à la suite d'une de ces crises que survinrent des accidents pulmonaires qui imposèrent le diagnostic d'abcès gangreneux du poumon.

Du point de vue clinique, le malade a présenté deux rechutes et a guéri après l'opération intrabuccale de son kyste.

Du point de vue bactériologique, il y a eu identité absolue entre la flore du kyste paradentaire et celle de l'abcès du poumon et il s'est agi de strepto-entérocoques, sans fuso-spirilles; c'est un fait à verser dans le débat qui est engagé sur la bactériologie des abcès gangreneux du poumon.

L'histoire clinique permet de penser que l'infection pulmonaire s'est faite par voie sanguine et non par voie directe, comme dans la plupart des complications pulmonaires d'origine bucco-pharyngée.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

G. Mouriquand, M. Bernheim et J. Dechaume. ***Les formes hautes de la paralysie infantile*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome X, n° 219, 20 Février 1929). — Si dans leurs formes typiques la maladie de Heine Medin et l'encéphalite léthargique épidémique de von Economo sont bien distinctes, on voit, au cours de certaines épidémies, des formes anormales dans lesquelles ces deux affections peuvent présenter un syndrome clinique analogue.

Il existe des *formes hautes* de la paralysie infantile :

Formes *cérébrales* pures ou associées à des poliomyélites classiques dont l'existence était déjà affirmée par Pierre Marie en 1885; forme à type d'hémiplégie complète ou partielle, parfois avec aphasie; surtout, formes convulsives, délirantes ou à type de confusion mentale.

Formes *bulbo-protubérantielles*, plus fréquentes, paralysies faciales, des muscles moteurs à l'œil, de l'hypoglosse, du vago-spinal associées à des paralysies des membres ou isolées; formes *ascendantes* type Landry; formes *choréiques*; formes *mésocéphaliques*.

Le diagnostic clinique de ces formes de maladie de Heine Medin peut être alors très difficile avec les formes basses de l'encéphalite épidémique. Leur ressemblance clinique a pu même faire douter de l'autonomie de ces deux affections.

L'anatomie pathologique montre que la poliomyélite garde dans les formes hautes les caractères anatomiques qu'elle présentait dans la moelle : altération de la substance grise, neuronophagie primitive des grandes cellules.

Dans l'encéphalite, au contraire, les troubles paralytiques sont d'origine polynévritique, le processus reste superficiel, irritatif et peu destructeur.

Les éléments de diagnostic biologique sont pauvres et le laboratoire n'est pas d'un grand secours pour préciser le diagnostic entre ces deux affections dont les virus sont encore mal identifiés. La ponction lombaire ne fournit pas de résultats concluants, l'hyperglycorachie, plus fréquente dans l'encéphalite, peut exister dans la poliomyélite. La réaction de neutralisation du virus ne permet qu'un diagnostic rétrospectif; les réactions de déviation du complément n'ont pas de valeur. Seule l'inoculation de fragments du névraxe a pu permettre un diagnostic rétrospectif.

Robert Clément.

V. Cordier. ***Recherches personnelles sur le métabolisme basal dans quelques affections autres que les goitres*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome X, n° 220, 5 Mars 1929). — Considérant le métabolisme basal comme une épreuve de l'activité thyroïdienne, C. a étudié le métabolisme basal chez les tuberculeux pour apprécier leur résistance et l'état de leur corps thyroïde.

Chez le tuberculeux pulmonaire cavitaire, les troubles thermiques, digestifs, hépatiques, la dénutrition viennent troubler l'étude du quotient respiratoire. Le métabolisme de base ne donne aucun renseignement.

Chez les phtisiques fibreux, il y a de grosses variations d'ordre circulatoire ou lésionnel.

Au début de la tuberculose pulmonaire et au cours des poussées évolutives, si l'on se met dans les conditions requises de repos, de jeûne et de température, le métabolisme basal permet de déceler précocement des manifestations d'hyperthyroïdie qui commandent les poussées évolutives et dominent leur pronostic.

Dans l'*asthme*, C. a été frappé de la fréquence des épisodes thyroïdiens : sur 100 asthmatiques 25 au moins ont des troubles de l'équilibre thyroïdien. Le métabolisme basal recherché chez 42 asthmatiques a montré 3 hypothyroïdies pures, 18 hyperthyroïdies et 21 cas présentant des phases alternées d'hyper- et d'hypofonctionnement thyroïdien.

Dans le *diabète* il ne semble pas qu'il y ait parallélisme entre la gravité de la maladie et l'augmentation du métabolisme basal.

Les poussées leucocytaires des *leucémies* surtout la myélose, s'accompagnent d'exagération du métabolisme basal.

Les résultats sont discordants dans les obésités et les syndromes hypophysaires. Chez les parkinsoniens post-encéphalitiques il y a exagération du métabolisme basal.

Robert Clément.

LYON MÉDICAL

L. Gallavardin. ***Les deux variétés de la dyspnée cardiaque d'effort : polypnée et dyspnée*** (*Lyon médical*, tome CXLIII, nº 11, 17 Mars 1929). — Chez les cardiaques présentant de la dyspnée d'effort un peu prononcée, il faut distinguer 2 variétés bien distinctes qui peuvent alterner ou se succéder mais diffèrent profondément par leurs causes, leur aspect symptomatique, leur signification séméiologique et aussi leurs aboutissants.

En les prenant au sens strictement étymologique du mot il faut distinguer la *polypnée* de la *dyspnée*.

Le syndrome *polypnéique* n'est pas caractérisé par une respiration difficile, mais par l'accroissement parallèle de la fréquence et de l'amplitude des mouvements respiratoires. La polypnée est exactement proportionnelle à l'effort demandé au cœur; son représentant physiologique est la polypnée d'effort du sujet normal. L'aboutissant est la dilatation cardiaque avec œdème pulmonaire. Elle ne s'accompagne pas de syndrome angineux.

Le syndrome *dyspnéique* est une respiration difficile et non rapide. Il se produit à la condition qu'à l'effort s'ajoute un ensemble de circonstances « que l'on peut grouper sous le nom d'influences spasmogènes », influences atmosphériques comme l'air libre, le froid, le vent frais, la pluie, influences émotives et psychiques, etc. Chez le sujet normal, c'est l'impression de respiration coupée qui correspond à la « dyspnée » du cardiaque; son aboutissant est le syndrome angineux d'effort. La dyspnée peut précéder de plusieurs années l'angor.

Les 2 syndromes peuvent d'ailleurs évoluer parallèlement, s'intriquer ou se succéder.

Robert Clément.

REVISTA MEDICA LATINO-AMERICANA

(Buenos Aires)

M. E. Varela. ***Anévrisme artérioso-veineux des vaisseaux rénaux et asystolie consécutive*** (*Revista medica latino-americana*, tome XIV, nº 157, Octobre 1928). — L'anévrisme artérioso-veineux est une affection fort rare, en particulier celui qui intéresse les vaisseaux des reins.

Le malade qui fait l'objet de cette étude entra dans le service de l'auteur en état d'asystolie avec prédominance des phénomènes abdominaux; le foie et la rate étaient très augmentés de volume. Le diagnostic fut porté du vivant du malade en raison d'un frémissement et d'un souffle à renforcement systolique, qui occupait la région lombaire droite. L'autopsie démontra le bien fondé du diagnostic.

L'auteur insiste sur les caractères de la pression artérielle, diminuée tant à la systole qu'à la diastole; la pression différentielle demeurait normale ou plutôt élevée.

Le traitement idéal eût été l'intervention chirurgicale, mais l'on ne pouvait y songer dans l'état asystolique où se trouvait le malade.

M. Nathan.

Correa. ***La réaction de Roffo dans le cancer*** (*Revista medica latino-americana*, tome XIV, nº 158, Novembre 1928). — La réaction de Roffo est une réaction biochimique utilisée par C. en vue du diagnostic du cancer. Elle consiste à ajouter à 1 cmc du sérum à examiner V gouttes d'une solution aqueuse de rouge neutre Grübler au 1/1000e. Lorsque le réactif garde sa coloration naturelle, rouge cerise, la réaction est dite positive.

Pratiquement parlant, on peut dire que cette réaction donne un maximum de résultats positifs dans les cas de cancer; en dehors du cancer, les résultats positifs n'atteignent qu'un chiffre minime : moins de 20 pour 4.000 expériences environ.

M. Nathan.

LE SCALPEL

(Bruxelles)

G. Dienst. ***Les splénomégalies à cellules lipoïdiques du nourrisson*** (*Le Scalpel*, tome LXXXII, nº 9, 2 Mars 1929). — Il existe chez le nourrisson une maladie qui se rapproche de la maladie de Gaucher, mais en diffère par la symptomatologie et par son évolution. On a groupé quelques-uns de ces cas, en raison de leur particularité histologique, sous le nom de maladie de Niemann-Pick. D. en rapporte une nouvelle observation.

Pour lui il s'agit d'une affection du système réticulo-endothélial, congénitale, familiale, constitutionnelle, comme le prouve la coïncidence avec d'autres maladies constitutionnelles. Elle est particulièrement fréquente chez les juifs. Elle résulte d'un trouble du métabolisme des lipoïdes « conditionné par une dysfonction constitutionnelle des cellules du système réticulo-endothélial » qui ne sont plus capables de transformer les substances qu'elles emmagasinent.

Tous les cas décrits chez le nourrisson ont présenté une évolution progressive et la mort est survenue en moins de 2 ans. Aucune intervention thérapeutique n'est capable d'influencer la marche de l'affection.

Robert Clément.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Bâle)

Rollier. ***L'héliothérapie de la tuberculose chirurgicale; son importance thérapeutique, préventive et sociale*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LIX, nº 9, 2 Mars 1929). — Dans ce rapport qui est accompagné de nombreuses planches et qui a été prononcé à l'occasion de la 15e réunion annuelle de la Société suisse de Chirurgie tenue à Montreux et à Leysin, en Mai 1928, R. prend la défense de l'héliothérapie qui, selon lui, serait accusée de n'avoir pas tenu toutes ses promesses. Il rappelle à ce sujet les principes d'héliothérapie qu'il préconise. Il entend que cette méthode soit générale et en même temps décongestive. Pour cela il débute par des régions neutres, c'est-à-dire, par les extrémités inférieures qui décongestionnent les foyers malades en même temps que les viscères abdominaux ou thoraciques. Ainsi, à cette condition, cette méthode de traitement constitue un stimulant des échanges et de la vitalité de l'organisme en reconstituant le terrain. Pour mieux l'appliquer, il a d'ailleurs été amené à supprimer définitivement les grands appareils plâtrés qu'il a remplacés par des dispositifs de fixation ou d'extension.

L'héliothérapie, en agissant sur la peau, active les fonctions nombreuses et variées de cet organe qui est chargé d'éliminer un certain nombre de substances, de permettre l'irradiation de la cholestérine, de fabriquer des corps immunisants, etc. A cela vient s'ajouter l'augmentation du taux de l'hémoglobine provoquée par l'altitude. A côté de l'héliothérapie, R. recommande le travail manuel qui s'est révélé comme un véritable facteur thérapeutique en remontant le moral.

Dans le mal de Pott il alterne la position dorsale avec la position ventrale à laquelle il attache toujours plus d'importance. Dans la coxalgie, il pratique l'extension en tirant sur la cuisse pour ne pas distendre le genou, et il constate des néarthroses intracotyloïdiennes qui permettent à la nouvelle tête une adaptation fonctionnelle inespérée dans 85 pour 100 des cas. En ce qui concerne le genou, il place une jambe sur un plan incliné pour favoriser la circulation en retour. Après avoir passé ainsi en revue les diverses localisations ostéo-articulaires, R. continue en parlant des abcès froids qu'il ne ponctionne qu'à la dernière extrémité parce qu'il considère leur contenu comme pourvu de propriétés immunisantes. En ce qui concerne les séquestres il ne les enlève que quand l'élimination spontanée est impossible. Dans la tuberculose rénale unilatérale il préconise la néphrectomie après héliothérapie pré-opératoire destinée à relever l'état général et à augmenter la résistance. En terminant ce rapport, R. insiste sur le rôle social de l'héliothérapie et se réjouit de voir l'architecture des hôpitaux urbains évoluer de manière à permettre l'application de cette méthode; il voudrait que les hôpitaux solaires se multiplient partout où les conditions climatiques le permettent. Il insiste en terminant sur le rôle préventif de l'héliothérapie et sur l'importance des écoles analogues à l' « Ecole au soleil » qu'il a créée près de Leysin.

P.-E. Morhardt.

GIORNALE ITALIANO DI DERMATOLOGIA e SIFILOLOGIA

(Milan)

Truffi. ***Amyloïdose cutanée primitive*** (*Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, tome LXX, fasc. 1, Février 1929). — T. décrit un cas très intéressant d'amyloïdose localisée et primitive de la peau existant depuis 30 ans chez un homme de 60 ans qui à part un peu de prurit ne présentait aucun trouble ni local, ni général.

Cette affection très particulière au point de vue clinique et anatomo-pathologique et déjà observée par Lindwurm, Gutmann, doit être considérée comme une entité morbide distincte.

Elle se caractérise par des lésions papuleuses, localisées surtout aux membres, inférieurs de préférence, arrondies, de coloration rouge brun, de petites dimensions, d'aspect corné, à surface rugueuse, jamais confluentes, à disposition extra-folliculaire, ne laissant pas de cicatrices.

Histologiquement, on note la présence de tissu amyloïde réagissant aux colorations habituelles (solution iodo-iodurée, vert d'iode, vert de gentiane et de méthyle, Van Gieson) et localisé strictement dans la couche papillaire: il existe en outre des réactions épidermiques secondaires : acanthose, hyperkératose, dyskératose. Il n'existe pas d'infiltrations évidentes dans les autres couches de la peau, qui fassent penser à des altérations cutanées préexistantes.

Le diagnostic se pose surtout avec le lichen plan et ses diverses variétés : lichen obtusus, verruqueux, etc., la porokératose de Mibelli, le colloïd milium.

Le pronostic de cette affection paraît bénin. Au point de vue thérapeutique les rayons X ont semblé donner de bons résultats; on a aussi employé les rayons ultra-violets et les injections intraveineuses de sels de calcium. L'arsenic n'a pas donné de résultats.

R. Burnier.

Flarer et Peracchia. ***Le traitement du lupus érythémateux et du lupus vulgaire avec les sels d'or*** (*Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, tome LXX, fasc. 1, Février 1929). — 56 malades atteints de lupus et de tuberculoses cutanées furent traités avec diverses préparations auriques.

16 cas furent traités par le *krysolgan* (de 0,0001 à 0,05 tous les 7 à 15 jours) : 5 lupus érythémateux (1 guérison, 2 améliorations, 2 échecs); 6 lupus vulgaires (3 améliorations, 3 échecs); 3 tuberculoses verruqueuses (2 guérisons, 1 échec); 2 tuberculoses ulcérées (1 amélioration, 1 échec).

12 cas furent traités par le *triphal* (de 0,0025 à 0,10 tous les 10 à 20 jours) : 8 lupus érythémateux (3 guérisons, 3 améliorations, 2 échecs); 3 lupus vulgaires (1 guérison, 2 améliorations légères); 1 lichen scrofulosorum, non modifié.

3 cas furent traités par l'*aurophos* (de 0,001 à 0,5 tous les 4 à 8 jours) : 1 lupus érythémateux, non modifié; 1 lupus vulgaire, non modifié; 1 gomme, très améliorée.

1 lupus érythémateux fut traité par le *néocrisol*, sans modification.


VIOSTEN
DU
Dr LESCÈNE

18 cas furent traités par la *crisalbine* (de 0,025 à 0,50 tous les 7 à 10 jours) : 11 lupus érythémateux : (8 guérisons, 3 améliorations); 5 lupus vulgaires (3 améliorations, 2 échecs); 1 tuberculose verruqueuse, améliorée; 1 érythème induré, guéri.

Dans le psoriasis, le sycosis chronique, l'aurothérapie ne donna aucun résultat.

Comme incidents au cours du traitement, on nota dans 3 cas quelques troubles passagers aussitôt après l'injection : pouls petit, pâleur, étourdissements, qui disparurent rapidement, dans 2 cas une stomatite légère, quelques cas d'albuminurie et un seul cas de cylindrurie avec hématurie. Parfois il existe une réaction focale passagère.

Immédiatement après l'injection, on observe souvent une diminution du nombre des leucocytes, d'ailleurs fugace. A la fin du traitement, on note habituellement une augmentation de poids, une augmentation du taux de l'hémoglobine et du nombre des hématies ; la formule d'Arneth dans les cas favorables est fortement déviée à droite.

Les sels d'or paraissent donc exercer dans la plupart des cas une action locale, qui paraît spécifique sur certaines formes de tuberculoses cutanées, surtout le lupus érythémateux, et une action générale, stimulante sur l'état général, sur l'hématopoïèse dans un grand nombre de cas.

R. Burnier.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN (Leipzig)

J. Gelman. ***La clinique et la genèse des crises de saturnisme (encéphalopathie)*** [*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXIII, nos 1 et 2, Février 1929]. — Les crises aiguës de saturnisme dépendent de la quantité de toxique circulant dans l'organisme et aussi d'une sorte d'irritabilité cellulaire telle que de petites quantités de toxique suffisent pour déterminer une crise. Ces crises sont toujours accompagnées d'un trouble important de la chimie de pigments : bilirubinémie, urobilinurie, diminution de l'hémoglobine et des hématies. En outre, les érythrocytes à granulations vitales augmentent et il apparaît des érythrocytes à granulations basophiles. L'urine présente de la coproporphyrine en quantité importante. Il n'est donc pas impossible que ces troubles ne provoquent une accumulation de produits toxiques dans l'organisme, capable de déclencher une crise analogue à celle de l'hématoporphyrie essentielle. Il est vrai que Schumm fait une différence entre ces 2 états parce que dans cette dernière maladie il existe, à côté de la coproporphyrine, de l'uroporphyrine qu'on ne retrouverait pas dans le saturnisme. Mais G. a constaté une parenté entre les deux porphyrines, de sorte que les deux états ne doivent pas différer beaucoup.

Dans une des 3 observations reproduites par G. il y avait une modification profonde du psychisme caractérisée par une modification du caractère, de la raideur des mouvements, de l'amimie, c'est-à-dire une encéphalopathie caractérisée par une dépression psychique, forme qui a été déjà décrite et dans laquelle on doit ranger bien des neurasthénies saturnines. Dans la seconde observation qui concerne un homme atteint en 1 année de 2 crises de saturnisme il a été observé au cours de la première 2 accès épileptiformes qui n'ont pas apparu pendant la seconde. Au cours des 2 crises il y a eu une forte élimination d'hématoporphyrine. Dans ce cas, on a pu constater en introduisant un ballon rempli d'eau dans l'estomac que les contractions de l'estomac coïncidaient avec les sensations douloureuses.

Dans le 3e cas, il y eut encéphalopathie grave qui détermina la mort par accumulation soit de plomb, soit de produits toxiques provenant du trouble des échanges pigmentaires. Ce cas a beaucoup de ressemblance avec un cas d'hématoporphyrie essentielle. Le sang présentait, en effet, de l'ictère hémolytique, des signes caractérisés de régénération, etc. A l'autopsie, on a constaté dans la moelle osseuse un foyer d'irritation.

D'autre part, les observations de G. montrent avec une clarté suffisante les relations qui existent entre l'accumulation d'hématoporphyrine et la gravité d'une crise saturnine. Il y a cependant des cas où cette substance se trouve assez abondamment représentée dans l'urine sans que la crise éclate. On peut d'ailleurs se demander si cette substance n'est pas simplement l'indicateur d'un trouble encore inconnu dans l'organisme. Il y a, en effet, à considérer la question de l'effet photodynamique de la coproporphyrine encore peu étudié mais très probable puisque les parties découvertes du corps prennent une coloration spéciale en cas de saturnisme. Dans les intoxications par sulphonal et trional la sensibilité à la lumière est d'ailleurs faible de même que dans l'hématoporphyrie. Mais l'effet sensibilisateur de ces substances normales peut se faire sentir non seulement à l'égard de la lumière mais aussi à l'égard de divers produits du métabolisme qui seraient toxiques surtout pour le tissu nerveux.

P.-E. Morhardt.

Gerhart Hofheinz. ***Contribution à l'étude de la polycythémie*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXIII, nos 1 et 2, Février 1929). — Il a été étudié par H. 14 cas de polycythémie présentant au moins une proportion d'hémoglobine de 120 pour 100 et 7 millions d'érythrocytes. Parmi eux, il a été trouvé 4 cas de forme hypertonique de Gaisbock chez lesquels l'urine présentait un peu d'albumine et quelques cylindres et le cœur était élargi surtout à gauche, ce qui donne à penser que ce type est en relation avec le fonctionnement des reins. Les leucocytes n'ont pas dépassé la normale mais témoignaient d'une forte lymphopénie. L'index de l'hémoglobine a été 12 fois plus petit que 1. Chez un malade, une pleurésie purulente a fait baisser passagèrement l'hémoglobine et le nombre des érythrocytes jusqu'à des valeurs légèrement inférieures au-dessous de la normale; 13 de ces malades ont été irradiés surtout sur les os longs, sur le sternum et sur les crêtes iliaques ainsi que sur le foie et la rate en évitant cependant les glandes sexuelles. Ce traitement n'a pas eu de mauvais effets secondaires. Tout au contraire, dans 11 cas, les symptômes subjectifs se sont remarquablement atténués. Les saignées agissent également d'une façon favorable. Dans 5 cas sur 8 qui ont été observés pendant longtemps (jusqu'à 2 ans 1/2), le travail n'a pas eu à être interrompu du fait d'une rechute, bien que les chiffres donnés par le sang aient assez fortement remonté. La phénylhydrazine a été employée sans résultat dans un seul cas. L'administration de rate chez un malade pendant 4 semaines à la dose de 400 gr. par semaine n'a amené aucune modification. Néanmoins, cette méthode continue à être étudiée.

Dans 8 cas on a mesuré le métabolisme de base et on a constaté qu'il était augmenté dans une proportion qui a varié de 11,6 à 53 pour 100. Néanmoins, il n'y a pas parallélisme entre l'élévation du métabolisme de base et les autres phénomènes cliniques.

P.-E. Morhardt.

W. Kempmann et W. Broecker. ***Recherches cliniques et expérimentales sur le diabète rénal*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. CLXIII, nos 5 et 6, Mars 1929). — L'observation qui fait le fond de ce travail concerne un homme de 43 ans qui est tombé sur la tête il y a 6 ans et qui, depuis lors, a présenté, à diverses reprises, de la paralysie et de l'insensibilité du bras droit accompagnées de troubles de la parole et de céphalée. Au cours de l'examen, on ne constate cependant rien du côté du système nerveux, mais on trouve que l'urine contient en moyenne 4 pour 100 et le sang 0,125 pour 100 de sucre.

Un essai de réduction des hydrates de carbone à 50 gr. diminue la glycosurie de moitié, mais provoque une forte élimination de corps cétoniques en même temps que le sucre du sang augmente. La suppression complète des hydrates de carbone réduit la glycosurie à 1,2 pour 100 seulement. Pendant une période où il fut administré une forte proportion d'hydrates de carbone on n'a pas observé d'acétonurie et le sucre du sang a baissé à 0,07 et même à 0,057 pour 100. L'administration de 90 unités d'insuline n'a pas eu d'influence sur la glycosurie, mais a provoqué des crises d'hypoglycémie.

L'état des reins s'est montré complètement normal à l'examen. La courbe du sucre du sang, après administration de glucose, a été fortement influencée par l'élimination urinaire de sucre. Après une élévation peu marquée, on constatait un abaissement très notable au-dessous du point de départ. Lorsque le sucre était administré par voie intraveineuse, la courbe de la glycémie s'élevait passagèrement, pour une dizaine de minutes, puis redescendait à 0,064, par exemple. Il est possible, d'ailleurs, selon K. et B., qu'en pareil cas, il intervienne également un hyperfonctionnement de l'appareil insulinique.

L'administration d'insuline avec réduction des hydrates de carbone provoquait un état de choc hypoglycémique avec un taux de 0,06 pour 100 de sucre dans le sang, alors que l'ingestion d'une ration abondante de sucre était accompagnée d'une glycémie habituelle oscillant autour de 0,06 à 0,07 sans aucun symptôme d'hypoglycémie.

En administrant à plusieurs reprises de l'insuline à jeun, K. et B. ont suivi parallèlement la courbe de la glycémie et de la glycosurie et ils ont constaté que la première était peu influencée, tandis que la seconde l'était assez nettement. Chez un diabétique jeune et présentant une forme grave, il a été également constaté, dans les mêmes conditions, que l'insuline agit davantage sur la glycosurie que sur le sucre du sang.

Il a été également injecté à ce malade de l'adrénaline (1 milligr.). Après quoi on lui a fait prendre 100 gr. de glucose. Dans ces conditions, la glycémie a été à peine plus forte qu'habituellement. En revanche, il s'est manifesté une forte crise d'hypoglycémie (0,05 pour 100). Avec l'atropine on a constaté que l'épreuve de la glycémie alimentaire donnait, au contraire, des chiffres très élevés avec retour très lent à la normale. Il a semblé, dans ces conditions, qu'il fallait incriminer des troubles de la régulation centrale du sucre et on a essayé de donner au malade de la pituitrine qui s'est d'ailleurs montrée sans aucun effet aussi bien quand elle était administrée de façon continue que quand on en faisait prendre au moment d'une épreuve de glycémie alimentaire. L'administration de calcium sous forme de chlorure de calcium, d'acides sous forme de chlorure d'ammonium et d'acide chlorhydrique, d'alcalins, sous forme de bicarbonate de soude, n'a modifié en rien la glycosurie ni la glycémie de ce malade.

P.-E. Morhardt.

S. Genkin et M. Owtschinski. ***Le problème de la pathogénie de l'asthme bronchique*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXIII, nos 5 et 6, Mars 1929). — Il a été analysé, dans ce travail, 49 cas d'asthme dont 34 devaient leur affection à l'ursol, matière colorante employée dans la teinture des peaux. Chez ces asthmatiques, la réaction à l'adrénaline a eu un caractère vagotonique plus ou moins marqué dans 69 pour 100 contre 39 pour 100 chez les 120 malades atteints d'affections non allergiques. Le calcium du sérum a été, chez ces asthmatiques, en moyenne de 10,69 milligr. pour 100, tandis que chez 50 autres malades le taux était de 11,42. Pour le potassium, il en a été trouvé 25, 36 mgr. p. 100 chez les asthmatiques et 29,5 pour 100 chez les non asthmatiques. Contrairement à ce qui a été constaté par Kylin, le quotient K/Ca a été chez les asthmatiques 2,44 et chez les non asthmatiques 2,55. Sous l'influence de l'injection d'adrénaline ce quotient ne s'est pas modifié d'une façon caractéristique. Il est donc possible, pour G. et O., que les méthodes soient encore insuffisantes ou que des facteurs encore inconnus interviennent pour modifier les relations entre électrolytes dans l'asthme.

P.-E. Morhardt.

BRUNS' BEITRÄGE zur KLINISCHEN CHIRURGIE

Kerschner. ***Résultats opératoires dans le traitement des tumeurs du cerveau*** (*Bruns'Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CXLIV, n°s 3 et 4). — Dedekind a publié, en 1919, la statistique du service de Schloffer comprise entre les années 1911 et 1917, qui était de 52 cas; de 1918 à 1926 il a été observé, dans cette même clinique, 152 nouveaux cas qui ont servi pour l'élaboration de ce travail.

K. débute par une série de considérations générales, en faisant remarquer que, si les cas de tumeur cérébrale sont plus fréquents, c'est que l'on sait mieux les découvrir à l'heure actuelle. L'âge des malades a varié entre 3 ans 1/2 et 60 ans, avec un maximum de fréquence entre 20 et 40 ans. Le sexe paraît indifférent : 80 hommes et 72 femmes. Par ordre de fréquenec, les symptômes le plus souvent observés ont été : céphalée, troubles oculaires, stase papillaire, épilepsie jacksonienne, troubles moteurs et sensitifs. La notion d'un traumatisme a été relevée dans 6 cas.

En ce qui concerne le diagnostic, la ponction cérébrale n'a été utilisée que 6 fois et, dans 1 cas seulement, on a pu, grâce à elle, faire le diagnostic histologique. Dans un cas, la ponction a entraîné la mort du malade par suite d'hémorragie; du reste, des cas mortels ont été assez souvent publiés après la ponction cérébrale. L'encéphalographie d'après la technique de Dandy a été essayée 50 fois, mais ici encore la méthode n'est pas sans dangers, et l'on a observé 2 cas mortels; d'après diverses autres statistiques, le pourcentage de mortalité de cette méthode varie entre 8,1 pour 100 et 12,3 pour 100.

La 2e partie de ce travail traite les résultats opératoires.

K. envisage d'abord les cas certains, c'est-à-dire ceux dans lesquels le diagnostic a été vérifié soit au cours de l'intervention, soit à l'autopsie; ces cas sont au nombre de 100.

Gliomes et sarcomes : 32 cas.

a) Du cerveau. — Sur 27 cas, l'extirpation n'a pu être faite que dans 2 cas; dans l'un, il s'agissait d'un glio-sarcome qui a récidivé 2 mois et 1/2 après; dans l'autre, d'une tumeur de nature sarcomateuse qui a récidivé également au bout de 8 mois; après une amélioration par le traitement radiothérapique, ce malade est mort au bout de 1 an 1/2.

b) De la région cérébrale postérieure. — 5 cas de gliomes siégeant : 2 fois au niveau du cervelet, 1 fois au niveau de l'angle ponto-cérébelleux, 1 fois au niveau du pont de Varole, dans le dernier cas, enfin, au niveau du 4e ventricule.

Tous ces cas ont été traités par des opérations palliatives, l'extirpation n'a jamais pu être faite.

Sur ces 32 cas, 18 sont morts après l'intervention, soit une mortalité opératoire de 56,3 pour 100. La cause de la mort a été : choc opératoire, 9 cas; embolie gazeuse, 1 cas; œdème cérébral, 4 cas; méningite, 2 cas; broncho-pneumonie, 2 cas.

Parmi les malades morts de choc, dans 7 cas on n'avait fait qu'une simple trépanation décompressive (frontale, 1; pariétale, 2; sous-occipitale, 4; trépanation du corps calleux, 1; ventriculographie, 1).

14 cas de guérisons opératoires, avec 2 morts tardives; l'extirpation avait pu être faite. Il reste donc 12 cas de guérisons dont 6 après trépanation décompressive et 6 après ponction du corps calleux; cette constatation est sans valeur car ces cas sont très récents (6 semaines).

Endothéliomes : 17 cas.

16 cas d'endothéliomes cérébraux et 1 cas d'endothéliome cérébelleux.

Dans les endothéliomes cérébraux, la localisation était la suivante : frontale, 4 cas; centrale, 1 cas; pariétale, 6 cas; temporale, 1 cas; basale, 1 cas.

L'extirpation a pu être faite dans 9 cas; dans les 8 autres, on s'est contenté de faire une trépanation décompressive (3 cas), une ponction du corps calleux (2 fois, combinée avec la ponction sous-occipitale), et une ponction ventriculaire.

Les résultats sont les suivants : sur 9 cas opérés, 5 malades sont morts à la fin de l'intervention (choc, méningite, abcès cérébral); sur les 4 autres, 1 est encore vivant 7 ans après, 1 est mort de typhoïde 1 an après, le 3e est mort au bout de 3 ans avec des crises épileptiques, le dernier, enfin, a récidivé au bout de 3 mois.

Les résultats des interventions palliatives ne sont guère meilleurs : 6 morts opératoires ou dans les jours qui ont suivi; 1 mort au 23e jour; le dernier opéré, enfin, est mort au bout de 8 mois.

Tumeurs de l'acoustique : 9 cas. L'extirpation a été faite dans 4 cas seulement; 3 cas ont été traités par la trépanation sous-occipitale, 1 par la trépanation d'après Cushing et le dernier par la trépanation combinée du corps calleux et sous-occipitale.

Résultats de l'extirpation : 3 morts et 1 guérison datant de 2 ans. Résultats des opérations palliatives : 3 morts entre 6 et 14 jours après l'intervention et 2 guérisons opératoires; 1 malade est encore vivant 1 an 1/2 après.

Kystes : 13 cas. L'extirpation radicale n'a pu être faite que dans 2 cas, avec 2 guérisons; 1 cas remonte à 1918, l'autre à 1926.

Dans 4 cas, on n'a fait que des excisions partielles ou des ponctions : 2 morts (méningite, abcès pulmonaire); dans les 2 autres cas, la guérison remonte à 6 mois et à 1 an.

Résultats des interventions palliatives : des 7 malades 2 sont morts à la suite de l'intervention; les 5 autres de quelques jours à 8 mois après.

Tumeurs de l'hypophyse : 6 cas dont 5 cas d'extirpation d'après la technique de Schloffer et 2 cas de simple trépanation du corps calleux.

Résultats de l'extirpation : 5 guérisons opératoires; 1 mort 1 an après : il s'agissait, dans ce cas, d'un adénome malin; dans les 4 autres cas, l'intervention remonte à 1 an ou 18 mois.

Résultats des interventions palliatives : 1 mort 16 jours après; le 2e malade est actuellement soigné par les rayons.

Tumeur de l'épiphyse : 1 cas; mort après une trépanation ventriculaire; l'autopsie permit de constater le siège de la lésion.

Cholestéatome : 2 cas.

Extirpation dans 1 cas d'un cholestéatome de l'angle ponto-cérébelleux gauche; mort à la fin de l'intervention.

Dans le 2e cas, trépanation sous-occipitale; mort 1 mois après par hydrocéphalie.

Tumeur angioplastique : 1 seul cas traité par la résection de l'hémisphère cérébelleux droit; le malade était bien portant 2 ans 1/2 après sans troubles appréciables.

Tumeurs métastatiques : 14 cas.

3 fois il s'agissait d'une métastase d'un cancer des bronches et, dans le dernier cas, d'un mélanome malin. Tous ces malades sont morts à la suite de l'intervention.

Tumeurs spécifiques :

Tuberculose : 7 cas, avec un seul cas d'extirpation d'un tuberculome du lobe frontal suivi de mort au 2e jour, par tuberculose miliaire. Après intervention palliative : 2 morts par choc; 2 par aggravation des lésions pulmonaires, une au bout de 6 semaines, 1 seul cas de guérison qui date de 1 an 1/2.

Syphilis : 1 seul cas traité par trépanation décompressive à cause des troubles oculaires très rapidement progressifs; la guérison se maintient depuis 6 ans.

2 cas, enfin, de tumeur sans précision histologique possible avec 2 morts post-opératoires.

Il reste, enfin, 52 cas dans lesquels le diagnostic n'a pu être vérifié opératoirement et pour lesquels l'autopsie n'a pu être pratiquée.

La mortalité post-opératoire immédiate des tumeurs cérébrales opérées entre 1918 et 1926 a été de 36,1 pour 100 et K. reconnaît que le pourcentage de mortalité de Cushing est beaucoup plus faible, puisqu'il n'atteint que 15 pour 100.

K. termine, enfin, son article en indiquant les principaux points de technique suivis à la Clinique de Schloffer : position assise, intervention sous anesthésie locale, lambeau hémostatique de Heidenhain, ouverture du crâne avec l'instrumentation de de Martel; il indique, enfin, les moyens classiques à prendre comme précautions en cas d'hémorragie, mais ne se sert pas de l'instrumentation électrique de Cushing.

J. Sénèque.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Helmuth Freund. *Zona généralisé et leucémie* (*Dermatologische Wochenschrift*, tome LXXXVIII, n° 10, 9 Mars 1929). — F. a rapporté récemment un cas de zona généralisé au cours d'une leucémie lymphatique et il a pu recueillir dans la littérature 18 cas de zona apparus au cours de la leucémie, soit lymphatique, soit myéloïde, et sur ces 18 cas, la moitié concernait des zonas généralisés; ce n'est donc pas un hasard. Ce zona généralisé s'observe plus souvent chez des sujets âgés ou affaiblis, dont la résistance et par conséquent la puissance d'immunisation est abaissée.

On sait depuis longtemps que la leucémie s'accompagne souvent d'altérations du système nerveux et de ses enveloppes. A côté des hémorragies bien connues, on peut trouver des infiltrats, parfois très abondants, dans la dure-mère et le tissu épidural, dans les nerfs craniens, les racines spinales, et le ganglion de Gasser. Ces altérations peuvent prédisposer à l'apparition d'un zona, mais ce n'est pas la seule cause, car sur 12 cas de leucémie examinés histologiquement par Trommer et Wohlwill, et dans lesquels il existait des infiltrats volumineux dans le système nerveux central et même dans les ganglions, aucun ne présenta de zona pendant la vie.

On ne peut pas incriminer l'arsenic dans le traitement des leucémies comme facteur déterminant du zona et en faire un zona arsenical, car sur les 18 leucémiques atteints de zona, 4 seulement avaient reçu de l'arsenic et parfois à doses minimes.

R. Burnier.

Hermann et Furst. ***La sécrétion sudorale et sa signification dans les dermatoses*** (*Dermatologische Wochenschrift*, tome LXXXVIII, n° 11, 16 Mars 1929). — En 1913, Herxheimer avait obtenu de bons résultats dans le traitement du parapsoriasis par les injections de pilocarpine. H. et F. ont essayé de provoquer la sécrétion sudorale, soit par ce procédé, soit en enfermant les malades dans des caisses chauffées par des lampes électriques, chez des patients atteints de diverses dermatoses. Les résultats de cette cure sudorale ont été variables.

Sur 8 cas de dermatomycoses, un a guéri, les autres ont été très améliorés, 2 pityriasis rosés ont presque guéri. Sur 3 parapsoriasis, 1 a guéri, les autres ont été peu ou pas influencés. 2 cas de lichen plan ont presque complètement guéri. Dans deux cas d'eczéma séborrhéique, on obtint un résultat favorable et un douteux. 1 sycosis vulgaire ne fut pas influencé, il en fut de même pour deux cas de psoriasis et 4 cas de pelade. Sur deux maladies de Fox-Fordyce, une fut très améliorée, l'autre non influencée.

Le mécanisme de la cure sudorale est encore assez obscur; mais il est possible qu'elle agisse de deux façons : par l'excitation du parasympathique et par l'action antiparasitaire de la sueur.

R. Burnier.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL (Londres)

Hamilton-Stewart. — ***L'éphédrine dans l'asthme et la coqueluche*** (*The British medical Journal*, n° 3554, 16 Février 1929). — L'éphédrine, par sa structure chimique et son action physiologique, est très voisine de l'adrénaline; elle en diffère surtout du fait que son action est moins violente, mais plus prolongée.

L'auteur a étudié l'action de l'éphédrine dans une vingtaine de cas d'asthme : soit asthme pur, soit asthme compliqué d'emphysème. Il a employé le chlorhydrate d'éphédrine à dose variant de 1 à 5 milligr., soit par la bouche, soit par voie sous-cutanée, beaucoup plus rarement indiquée. L'effet du médicament est très rapide; le soulagement est obtenu en 30 minutes dans le cas d'absorption par voie digestive, en 10 minutes par voie sous-cutanée.

Dans le cas de crises d'asthme survenant chaque nuit, il faut donner 2 milligr. vers 11 heures du soir; et, dans les cas rebelles, encore 2 milligr. le matin à jeun.

Avant de recourir à ces fortes doses, il faut tâter la susceptibilité du sujet, car les accidents d'intolérance sont fréquents : palpitations, maux de tête, insomnie, sueurs profuses.

L'auteur a obtenu des résultats très favorables dans les cas d'asthme peu récents et modérés : les résultats sont moindres ou nuls dans les formes graves et dans les formes compliquées d'emphysème.

Dans la coqueluche, l'auteur administre le médicament à la dose de 1/2 milligr. de 1 à 5 ans, de 1/4 de milligramme avant 1 an : il obtient une diminution des quintes et des vomissements dans les cas moyens, à peu près rien dans les cas sévères. En cas d'échec, il le combine à la belladone et obtient souvent alors une amélioration plus nette qu'avec la belladone seule. Il n'a observé aucun signe d'intolérance aux doses employées. P. Rivoire.

THE LANCET
(Londres)

W. Wagstaffe (Oxford). ***La fréquence de l'épilepsie traumatique dans les blessures du crâne par armes à feu*** (*The Lancet*, n° 5487, 27 Octobre 1928). — Les travaux et statistiques concernant la fréquence des accidents épileptiques comme séquelle des blessures pénétrantes du crâne sont rares. W. a voulu combler cette lacune en recherchant dans les dossiers du Ministère des Pensions la trace des 340 blessés vus par lui pendant la guerre à l'hôpital spécialisé de Saint-Omer.

Sur ce grand nombre de blessés, 37 ont présenté des crises d'épilepsie, soit 10 pour 100 environ.

D'autre part, en étudiant la variété du traumatisme, W. arrive aux conclusions suivantes :

L'épilepsie est 10 fois plus fréquente à la suite de plaies pénétrantes que dans les autres blessures ;

Le siège de la blessure n'a pas d'influence sur la fréquence de l'épilepsie ;

L'épilepsie est 2 fois plus fréquente dans les cas de blessure s'étant accompagnée de complications graves, et dans les blessures avec projectile inclus ;

L'épilepsie peut survenir à n'importe quelle époque après la blessure : dans les cas de W., de 2 mois à 7 ans ;

La mortalité est un peu plus importante chez les épileptiques que chez les autres blessés du crâne.

R. Rivoire.

S. Banks et J. Mackenzie (Leicester). ***Le sérum intraveineux dans la scarlatine*** (*The Lancet*, n° 5504, 23 Février 1929). — L'action du sérum spécifique antiscarlatineux a été très étudiée en Angleterre, pays des grandes épidémies. B. et M. publient des résultats absolument remarquables obtenus par les injections intraveineuses de sérum faites sur une très grande échelle.

Les résultats peuvent être schématisés ainsi : 404 malades au cours d'une même épidémie ont reçu du sérum intraveineux; il y a eu 403 guérisons très rapides, aucune complication grave, et 1 décès par choc protéique.

Il faut rapprocher ces résultats de ceux obtenus avec des malades non traités par le sérum, ou traités par sérum intramusculaire, par B. et M., au cours de la même épidémie : sur 285 malades sans sérothérapie, 3 décès, 35 complications graves; sur 67 malades traités par la sérothérapie intramusculaire, aucun décès, 7 complications graves.

Enfin, la durée moyenne de séjour à l'hôpital a été : 46 jours sans sérum, 36 jours avec sérum intramusculaire; 23 jours, puis 15 jours avec sérum intraveineux.

B. et M. ont utilisé le sérum concentré de Parke, Davis et C°, dont ils font une seule injection de 20 cmc dans les cas sévères chez l'adulte, de 10 cmc chez l'enfant : l'injection est faite lentement, mais le sérum n'est pas dilué. Un choc protéique peu violent a été observé dans la moitié des cas.

Dans tous les cas traités dans les 4 premiers jours de la maladie, la guérison a été immédiate : la température tombe à 36° le lendemain de l'injection, l'éruption pâlit, l'angine disparaît. La température reste à 37° jusqu'à la sortie de l'hôpital, sauf dans quelques cas où il y a une légère reprise fébrile sans gravité vers le 4e jour. Il n'y a d'accidents sériques que dans 2 pour 100 des cas.

Le cas de mort par choc protéique concerne une enfant de 4 ans, débile, atteinte de scarlatine grave avec bronchite, décédée le soir d'une injection de 10 cmc. Actuellement, B. et M., pour éviter le retour de pareil accident, font précéder l'injection intraveineuse d'un dermo-test au sérum afin de dépister les sujets hypersensibles aux protéines. R. Rivoire.

ACTA CHIRURGICA SCANDINAVICA
(Stockholm)

B. Bager. ***Contribution à l'étude de l'étiologie, de la clinique et de la thérapeutique des ulcères gastro-duodénaux perforés avec une enquête sur les résultats éloignés des diverses méthodes opératoires*** (*Acta chirurgica scandinavica*, vol. LXIV, supplément XI, 1929, 320 pages). — B. a réuni 1.767 cas de perforation d'ulcères gastriques et duodénaux provenant d'une cinquantaine d'hôpitaux suédois et opérés par une centaine de chirurgiens de 1911 à 1925. Il en a lui-même opéré 28 cas, qui ont tous guéri.

Si l'on étudie la fréquence des perforations d'ulcères, on constate que cette fréquence s'accroît d'une façon marquée d'année en année, mais que cette augmentation n'est notable que chez les hommes ; elle a été particulièrement forte depuis 1919. De l'ensemble des malades 1/4 environ étaient des femmes. La fréquence maxima correspond chez l'homme à l'âge de 30 ans environ et à celui de 45 ans environ chez la femme.

La mortalité globale des cas opérés est de 32,8 pour 100. Elle accuse une augmentation régulière avec l'âge, et croît d'une façon continue avec la durée de la période intercalaire (délai écoulé entre la perforation et l'opération). Les résultats opératoires se sont notablement améliorés au cours des années; pour chaque période quinquennale, la mortalité s'est abaissée d'une façon continue : 41 p. 100, 35,3 pour 100, 27,1 pour 100. Ce fait tient non seulement à ce que les malades se soumettent à l'opération à une période plus précoce, mais aussi au perfectionnement de la technique, l'amélioration étant évidente dans chaque groupe de période intercalaire

L'étude du siège des perforations indique que 2/3 environ d'entre elles intéressent l'estomac et 1/2 environ le duodénum; toutefois, si l'on réunit dans un même groupe les ulcères duodénaux et les ulcères juxta-pyloriques (perforations distales), on constate que ce groupe comprend environ les 2/3 des cas, tandis que les ulcères des autres régions de l'estomac (perforations proximales) constituent environ 1/3 des cas observés.

Sur 149 cas qui font l'objet d'observations détaillées B. relève que 684 malades ont été opérés par simple suture de l'ulcération (36,4 pour 100 de décès), 616 ont en outre subi une gastro-entérostomie (mortalité de 23,4 pour 100). Les cas de résection ne sont qu'au nombre de 84, avec une mortalité de 25 pour 100. Le tamponnement pur et simple ou le drainage ont été pratiqués dans 111 cas, avec une mortalité de 68,5 pour 100. Une comparaison entre la suture simple et la gastro-entérostomie indique que l'infériorité des résultats donnés par la première tient certainement à ce qu'on l'applique aux cas les plus défavorables. La mortalité relativement faible des cas opérés par résection tient exclusivement au meilleur état général des malades ; il est permis d'affirmer que cette mortalité eût été encore réduite si l'on n'avait pas choisi cette intervention radicale.

La statistique comprend 31 cas de perforation d'ulcère jéjunaux et gastro-jéjunaux. Ce genre de cas s'observe, ainsi que les perforations ordinaires, même après résection stomacale préalable.

A l'Hôpital de Maria (prof. Key), à Stockholm, on a recours depuis 10 à 15 ans, d'une façon assez systématique, à un procédé opératoire spécial qui comporte l'excision longitudinale de l'ulcère avec suture transversale, lavages de la cavité abdominale, gastrostomie et réunion par première intention sans drainage ni tamponnement. Sur 78 malades opérés par ce procédé, on n'a observé qu'une mortalité de 11,5 pour 100, et l'on n'a perdu aucun des 45 malades opérés dans les six heures ayant suivi la perforation. Ce résultat favorable doit être attribué, d'une part, à ce que les malades ont été opérés de bonne heure, et, de l'autre, au caractère bénin de l'intervention. Le matériel réuni par l'auteur fait ressortir également d'une façon très nette l'importance qu'il y a à refermer d'emblée la cavité abdominale. La mortalité des réunions par première intention est de 21,1 pour 100, tandis que celle des cas drainés est de 38,9 pour 100.

En vue d'étudier les résultats tardifs des perforations opérées, l'auteur a recueilli les réponses faites à un questionnaire qu'il avait établi et a obtenu ainsi des renseignements sur 684 malades opérés depuis au moins un an. Sur ce nombre, 318 réponses émanaient de malades opérés par simple suture, 325, de malades opérés par gastro-entérostomie et 41, enfin, de malades opérés par résection.

Il ressort de cette enquête que, primitivement, c'est la gastro-entérostomie qui donne les meilleurs résultats tardifs, avec 89,9 pour 100 de guérisons ou d'améliorations, suivie de près par la résection, avec 80,5 pour 100, tandis que la suture vient au dernier rang avec 56,3 pour 100 seulement de guérisons ou d'améliorations. Si l'on suit ultérieurement les cas de récidives graves, on constate toutefois que les résultats définitifs donnés par la suture sont notablement plus favorables. Un grand nombre de malades guérissent complètement ou sont notablement améliorés à la suite d'une nouvelle intervention ou d'un traitement anti-ulcéreux, et les risques d'une nouvelle laparotomie ne sont en aucune façon plus grands pour ces malades que pour ceux qui sont opérés avant toute perforation. Par contre, les cas ayant comporté une gastroentérostomie et ultérieurement atteints de récidive grave comportent une proportion relativement plus faible d'améliorations à la suite d'un nouveau traitement, et toute nouvelle intervention implique des risques autrement graves (la mortalité atteint de ce fait 29,4 pour 100). Les récidives graves survenant chez les malades opérés par résection ont un pronostic encore plus sombre et comportent de plus grands risques opératoires. D'une façon générale, on peut dire que la méthode de la simple suture est plus souvent suivie de récidives que les autres procédés, mais que la nature de ces récidives est différente : elles sont généralement moins graves et offrent des possibilités plus grandes d'intervenir utilement en faveur du malade.

La majeure partie des récidives consécutives aux divers procédés opératoires se produit dans les premières semaines ou les premiers mois suivant la perforation; plus le délai est long, qui s'est écoulé depuis la perforation et depuis l'opération, plus les risques de récidive sont faibles et plus le malade a de chances de guérir complètement.

L'auteur conclut que la suture simple, faite de préférence après excision de l'ulcère et suivie d'essorage de la cavité abdominale, d'établissement d'une gastrostomie et de réunion de la paroi sans

drainage, doit être considérée comme la méthode d'élection dans les interventions contre les perforations d'ulcères. Les risques d'une nouvelle perforation ou d'un cancer sont si minimes qu'ils ne doivent pas entrer en ligne de compte dans le choix d'une méthode opératoire; ils ne sont, dans tous les cas, pas plus grands que les risques d'ulcères jéjunaux peptiques consécutifs à la gastro-entérostomie ou à la résection.

VRATCHEBNOÏÉ DÉLO
(Kharkov)

P. I. Onnitzev. ***Les variations du nombre des thrombocytes (plaquettes sanguines) chez les paludéens et chez les impaludés artificiellement*** (*Vratchébnoié Délo*, tome XII, nº 3, 1929). — De nombreux travaux ont été consacrés aux examens du sang chez des personnes atteintes de paludisme, mais les thrombocytes n'ont fait l'objet que de très rares études. Il s'agit d'une lacune regrettable puisque les recherches hématologiques en question présentent un intérêt à la fois théorique et pratique.

Les malades examinés, au nombre de 32, souffraient, presque tous, d'une forme grave de paludisme, acquis d'une façon naturelle ou bien à la suite d'une infection artificielle. Le sang était prélevé, le matin, avant, au cours et après le traitement pendant les périodes d'apyrexie.

Qu'il s'agisse d'un paludéen ou d'un impaludé, nombre de thrombocytes est toujours nettement diminué. La baisse commence déjà pendant la période d'incubation et s'accentue ensuite. Le traitement par la quinine ou par le néo-salvarsan entraîne une augmentation de thrombocytes qui peuvent même dépasser les chiffres enregistrés normalement. Après un certain temps, la diminution ne manque pas de survenir et la limite normale se trouve bientôt atteinte.

La diathèse hémorragique, observée parfois au cours du paludisme, pourrait, peut-être, jusqu'à un certain point, s'expliquer par la thrombopénie. Si cette supposition se confirmait par les examens nouveaux, la recherche de la thrombopénie et surtout l'attention spéciale vouée aux chiffres particulièrement bas seraient en mesure d'avertir le clinicien et de l'inciter à une intervention thérapeutique plus énergique. G. Ichok.

V. S. Tabolov. ***Le traitement du paludisme par la quinine-iode-adrénaline*** (*Vratchébnoié Délo*, tome XII, nº 4, 1929). — L'insuccès au cours du traitement du paludisme par la quinine fait penser au rôle, éventuellement défavorable, joué par la leucopénie que l'on attribue au médicament employé. Aussi, paraît-il justifié d'avoir recours à un mélange qui provoque un effet où l'hypoleucocytose, due à la quinine, est contrecarrée par une substance qui occasionne de la leucocytose, voire même de l'hyperleucocytose. A ce point de vue, l'iode, la glycérine et l'adrénaline peuvent rendre le service voulu

Les observations de T. s'étendent sur une période de 18 mois, et les résultats encourageants permettent de faire connaître la thérapeutique nouvelle. Voici la solution utilisée : bichlorhydrate de quinine, 8,0; eau distillée, 5,0; glycérine pure, 22,0; iode pur, 0,2; stériliser et ajouter : 1,0 d'une solution de chlorhydrate d'adrénaline, 1 sur 1000.

La préparation de la solution demande certaines précautions, qu'il est utile de ne point négliger, si l'on veut éviter des écueils fâcheux. Il faut commencer par dissoudre en chauffant 8 gr. de bichlorhydrate de quinine dans 5 gr. d'eau. Ensuite, dans un récipient à part, l'on dissout à une température élevée 0 gr. 2 d'iode cristallisé dans 22 gr. de glycérine purifiée. Lorsque l'iode est complètement dissous les 2 solutions sont mélangées et filtrées autant qu'elles sont encore bien chaudes. L'adrénaline est ajoutée après la stérilisation. 12 heures après la préparation, un dépôt se forme; aussi est-il nécessaire, avant l'injection, de chauffer la solution.

Les 2 cmc que l'on doit injecter chaque jour sont bien supportés si la solution a été chauffée pour atteindre la température du corps et si l'on procède très lentement. Il est recommandé de n'injecter d'abord que 0 cmc 2 et, sans enlever l'aiguille, d'attendre 1 minute pour que l'action anesthésiante de l'adrénaline se fasse valoir.

Une vingtaine d'injections suffit, en général, pour combattre des cas même graves où la thérapeutique ordinaire par la quinine échoue. Souvent, après 3 injections, les accès sont coupés. L'état général s'améliore très rapidement et le malade peut commencer ses occupations.

Les malades qui ne supportent pas la quinine et qui réagissent par des malaises de toute sorte se trouvent bien avec le mélange proposé. Jamais une faiblesse générale, un manque d'appétit et tant d'autres signes, rencontrés au cours du traitement habituel, n'ont inquiété les malades qui, pourtant, recevaient des doses relativement importantes. Ajoutons que la rate et le foie, dont le volume était agrandi depuis de longues années malgré les divers traitements, ne tardaient pas à présenter un état de retour à la normale. G. Ichok.

J. G. Ettinger. ***Des pétéchies particulières sur la conjonctive au cours de l'endocardite lente*** (*Vratchébnoié Délo*, tome XII, nº 5, 1929). — Le diagnostic de formes atypiques de l'endocardite lente offre souvent beaucoup de difficultés, quasi insurmontables. Or, d'après E., il existe un signe, susceptible de mettre sur la bonne voie. Il s'agit de pétéchies observées sur la conjonctive, et dont l'existence a été signalée par des cliniciens américains à titre de trouvaille occasionnelle.

L'examen systématique d'une série de malades a prouvé que les pétéchies n'étaient nullement à considérer comme une curiosité exceptionnelle, mais comme un signe important qui complète l'image clinique de la grave affection. Les pétéchies, d'une grandeur et d'une forme variables, se laissent facilement reconnaître sur le fond de la conjonctive où elles se présentent comme taches d'un rouge sombre. La paupière inférieure est plus souvent le siège des pétéchies que la supérieure.

Les pétéchies ne se rencontrent pas dans tous les cas d'endocardite maligne sans exception, mais, au cours de la maladie, à un moment donné il est extrêmement rare de ne point les constater. La plupart du temps, les pétéchies font leur apparition en même temps que les signes morbides s'accentuent. Toutefois, au début de la maladie, sans qu'elle présente encore son caractère de gravité extrême, les pétéchies peuvent frapper l'attention.

Pour expliquer la pathogénie, il faut admettre l'existence de petites embolies suivies d'inflammation de la paroi vasculaire. L'examen histologique d'un cas a permis de confirmer l'hypothèse envisagée. Il est à retenir que les particularités de l'image macroscopique sont conditionnées par la combinaison des hémorragies et des infiltrations cellulaires.

G. Ichok.

THE AMERICAN JOURNAL of OBSTETRICS and GYNECOLOGY
(Saint-Louis)

Edward Allen et H. C. Goldthorpe. ***Etude sur l'emploi de la parathormone dans le traitement des hémorragies menstruelles*** (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, tome XVII, nº 3, Mars 1929. — On sait comment Collip a isolé des glandes parathyroïdes un produit actif, d'effet constant, la *parathormone*. Cette substance reproduit un certain nombre des effets physiologiques que l'expérimentation avait permis d'attribuer à l'activité fonctionnelle des parathyroïdes. En particulier, elle augmente la calcémie et la coagulabilité du sang.

Ce dernier fait a donné à A. et G. l'idée d'essayer la parathormone par voie intramusculaire à la dose de 40 unités pendant 5 jours, chez 14 jeunes femmes ou jeunes filles qui étaient atteintes de métrorragies graves et qui avaient subi, sans succès, diverses thérapeutiques (médicaments constricteurs, extrait thyroïdien, protéinothérapie, chirurgie). 8 de ces jeunes personnes avaient des menstruations profuses depuis la puberté.

Les résultats ont été bons dans 5 cas, passables dans 6 cas et nuls dans 3 autres.

5 fois, seulement, il y eut augmentation de la calcémie, par l'emploi combiné de la parathormone et du lactate de calcium. Dans ces cinq cas, il y eut des symptômes d'intolérance (céphalées, nausées, tachycardie) et les hémorragies s'arrêtèrent. L'arrêt de la médication a été suivi de récidive dans plusieurs cas. Henri Vignes.

I. C. Rubin. ***Insufflation utéro-tubaire, suivie de gestation, dans 205 cas d'une série de 2.000 stérilités*** (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, tome XVII, nº 4, Avril 1929). — Rubin a été le promoteur de la méthode générale qui vise à diagnostiquer par les voies naturelles les obstructions tubaires en cas de stérilité et à les traiter en rétablissant la perméabilité des trompes. Sa méthode d'insufflation et les méthodes dérivées qui emploient les huiles iodées et autres corps opaques ont fait leur preuve.

R. nous donne, aujourd'hui, le résultat de son expérience d'après 2.000 cas de stérilité (1.070 stérilités primaires et 930 stérilités secondaires). Il a pu obtenir 205 gestations (132 dans les stérilités primaires et 73 dans les stérilités secondaires), avec 188 accouchements à terme et 17 avortements. Il y a eu 3 gestations ectopiques, en plus.

27 pour 100 des femmes étaient âgées de plus de 30 ans.

152 femmes (sur les 205) sont devenues enceintes dans les 6 mois qui ont suivi l'insufflation (dont 59 dès le premier mois et 39 dans le second). Quand une femme est stérile depuis 5 ans ou plus et qu'elle devient enceinte dans le mois qui suit l'insufflation, on est bien forcé de reconnaître une valeur thérapeutique à ce procédé.

Dans 92 des 205 cas, il y eut, en plus de l'insufflation, un autre procédé thérapeutique (par exemple, irradiation excitative).

Il est préférable de pratiquer l'insufflation vers l'époque de l'ovulation.

Tout en attachant une grande importance à sa méthode, R. tient à signaler que la stérilité comporte beaucoup d'autres facteurs que l'obstruction tubaire et qu'il faut examiner très soigneusement la femme et le mari. Henri Vignes.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY
(Chicago)

Carroll Wright. ***Etiologie de la pelade; résultat des sections nerveuses expérimentales*** (*Archives of Dermatology and Syphilology*, tome XIX, nº 3, Mars 1929). — W. combat la théorie trophoneurotique de la pelade en s'appuyant sur les résultats obtenus par la section des nerfs du cuir chevelu.

La section des nerfs sensitifs qui se rendent au cuir chevelu de l'homme n'altère nullement la croissance des cheveux. La section de la racine postérieure du 2e nerf cervical chez l'homme n'a aucun effet sur les cheveux, bien que Joseph ait prétendu avoir produit une alopécie chez le chat et le lapin par cette méthode.

La section des filets du sympathique qui se rend au cuir chevelu n'exerce aucune influence sur les cheveux. Les zones de Jacquet d'irritation réflexe d'origine dentaire ne correspondent pas aux zones de Head. D'ailleurs si la théorie de Jacquet était juste, la pelade devrait être beaucoup plus fréquente, étant donné la fréquence des infections dentaires.

W. conclut donc que la pelade n'est pas une trophoneurose; il fait plutôt intervenir des lésions vasculaires, une vaso-constriction des vaisseaux du cuir chevelu pouvant amener, si elle était suffisamment prolongée, une ischémie et un trouble de la nutrition de certaines aires du cuir chevelu.

R. Burnier.



MICTASOL
MICTASOL
DÉCONGESTIF PELVIEN
SÉDATIF ANTISEPTIQUE
DECONGESTIF PELVIEN
ANTISEPTIQUE URINAIRE
SEDATIF GÉNITAL
PROSTATISME - CYSTITES
URÉTHRITES
CONGESTIONS UTÉRO-OVARIENNES
COMPRIMÉS
SUPPOSITOIRES
LABORATOIRES 28 & 30, Rue du Four PARIS (VIe)
Téléphone Littré 17-42.
MICTASOL



SPYROLIDES
COMPRIMÉS GYNECOLOGIQUES
à base de
BLEU DE METHYLÈNE
Se dissolvent intégralement — Ne tachent pas — Ni caustiques — Ni toxiques
Échantillons : Laboratoires A. NARODETZKI, 19, Bd Bonne-Nouvelle, PARIS

RÉPERTOIRE DE MÉDECINE PRATIQUE

Un classeur des **Répertoires de Médecine pratique** *est en vente à nos bureaux au prix de : France et étranger,* **9** francs *(envoi franco).*

(Nº 494)

Mégacôlon chez les enfants

C'est en 1888 (*Jahrb. f. Kind.*) que le Dr Hirschsprung décrivit pour la première fois la dilatation avec hypertrophie congénitale du côlon, d'où le nom de *Maladie de Hirschsprung* qu'on lui a donné. Pour le médecin de Copenhague, l'affection se caractérisait par une constipation opiniâtre, un météorisme abdominal, sans sténose de l'intestin, causé par l'hypertrophie congénitale avec dilatation du côlon.

Le Dr G. Mya (Florence 1894), à propos de deux cas qu'il a observés, leur donna le nom de *Megacolon congenito* qui a fait fortune. L'attention des pédiatres ayant été attirée par ces publications, les cas se multiplièrent rapidement et le Dr A. Culan (*Thèse de Paris*, 1910) pouvait faire état de 115 observations. Certains auteurs, à la suite d'Hirschsprung, ont admis l'origine congénitale et le vice de développement : côlon dilaté avec parois épaissies *in utero*. A. Jacobi invoque les flexuosités et l'allongement du gros intestin. D'autres, après Fr. Treves (*The Lancet*, 1898), admettent un obstacle bas situé, un rétrécissement de la dernière portion du gros intestin. D. Maragliano (*La Riforma Medica*, 9 Mai 1927), dans trois cas, a rencontré une valvule entre le rectum et l'anse sigmoïde; les résultats obtenus par le refoulement digital de cet obstacle montrent son grand intérêt théorique et pratique.

Quoi qu'il en soit, dans la maladie de Hirschsprung, le côlon devient énorme, parfois colossal, doublant, triplant, quadruplant son diamètre, surtout au niveau de la portion descendante et de l'S iliaque. L'augmentation de volume est telle que tous les viscères abdominaux sont masqués par le mégacôlon, que le diaphragme est refoulé en haut, gênant la respiration et les contractions du cœur.

Les parois de cet intestin dilaté sont tantôt amincies, tantôt épaissies. La muqueuse est souvent enflammée, ulcérée (colite aiguë ou subaiguë), ce qui explique les poussées fébriles et les accidents toxi-infectieux observés dans quelques cas. Après une période de tolérance plus ou moins longue, les enfants maigrissent, se cachectisent et meurent.

Le pronostic est donc grave dans la forme congénitale bien accusée, mais il y a des cas frustes et curables; il en est d'incomplets, n'intéressant qu'une faible partie du gros intestin. Le Dr R. Dupérié (*Soc. de Méd. de Bordeaux*, 1er Mai 1924) a observé un *mégarectum* chez un bébé de 12 mois qui a guéri après lavements huileux, massage et curage digital.

Le diagnostic du mégacôlon est grandement facilité par la radioscopie, moyen d'exploration ignoré au temps de Hirschsprung. Chez un petit malade de 4 ans, présenté à la *Soc. de Pédiatrie*, le 21 Juin 1927, par R. Debré et J. Marie, la radioscopie faite par P. Duhem a montré : aérocolie considérable refoulant tous les organes, diminution de calibre de la partie haute du rectum et de la partie basse de l'anse sigmoïde; au-dessus, volumineuse dilatation intéressant partie de cette anse et totalité des côlons qu'un litre trois quarts de lavement ne parvient pas à remplir :

1º Entourer le ventre de l'enfant avec une large bande de crêpe Velpeau faisant plusieurs tours et maintenue en place par des sous-cuisses ;
2º Massages quotidiens, faits avec douceur, allant de bas en haut et de droite à gauche suivant le trajet des côlons;
3º Electrisation par courants continus des parois abdominales, lavements électriques pour ranimer les contractions intestinales. Les injections sous-cutanées de pituitrine (extrait d'hypophyse) remplissent le même but;
4º Grands lavages de l'intestin avec sonde molle de Nélaton, introduite profondément pour irriguer autant que possible la totalité du gros intestin; faire passer un litre ou deux litres d'eau bouillie tiède;
5º Purgatifs : huile de ricin, paraffine liquide, manne, rhubarbe, aloès, scammonée, magnésie calcinée, etc.;
6º Dans les cas graves, la chirurgie interviendra : anus artificiel (V. Veau), colectomie (Fr. Trèves, extirpation chez une fille de 6 ans, abouchement du côlon transverse à l'anus). C. A. Hamann a guéri par la colectomie un garçon de 15 ans; chez un enfant de 2 ans 1/2, la sigmoïdectomie fut suivie de mort ;
7º Le Dr Dario Maragliano (*La Riforma Medica*, 9 Mai 1927), par le toucher rectal, chez trois enfants, a pu refouler une valvule contre laquelle venait buter la sonde, entre le rectum et l'anse sigmoïde ; succès par cette manœuvre renouvelée tous les jours ;
8º Régime rafraîchissant : légumes verts, fruits cuits et salades cuites, pain complet; pas de sucreries.

J. Comby.

RÉPERTOIRE DE MÉDECINE PRATIQUE

Un classeur des **Répertoires de Médecine pratique** *est en vente à nos bureaux au prix de : France et étranger,* **9** francs *(envoi franco).*

(Nº 495)

Traitement du cancer du poumon

Le cancer du poumon est une affection que Bayle, qui le premier l'a décrite sous le nom de « phtisie cancéreuse », considérait comme rare ; on la rencontre beaucoup plus souvent aujourd'hui, en raison sans doute de l'augmentation réelle de sa fréquence, mais surtout parce que les méthodes d'exploration radiologique de l'appareil respiratoire permettent de la reconnaître plus aisément.

D'après l'étude anatomo-clinique si complète qu'en a faite Huguenin, elle est caractérisée par des signes fonctionnels d'ordinaire très accentués — douleur thoracique, toux, expectoration souvent sanglante — accompagnés d'un état fébrile fréquent; les signes physiques sont variables, et en rapport avec la condensation pulmonaire ; c'est la radiologie qui constitue le facteur le plus important pour établir le diagnostic de la tumeur et de son siège pariétal ou médiastinal ; le siège conditionne en effet les deux complications principales : un épanchement pleural souvent hémorragique ou des troubles de compression des organes du médiastin.

Malgré l'absence d'un traitement spécifique contre le cancer du poumon, le médecin ne doit pas abandonner le malade à l'évolution de son affection et, s'il ne peut que rarement éloigner l'échéance fatale, il dispose de moyens thérapeutiques lui permettant toujours d'atténuer les plus pénibles symptômes.

Traitement curatif.

On a tenté deux modes de traitement curatif : l'*exérèse* de la tumeur au *bistouri* ou sa *destruction* par les *radiations*.

Traitement chirurgical. — Dans des cas où la tumeur est bien circonscrite, encore entourée de tissu sain, et ne s'accompagne pas d'adénopathie sus-claviculaire, axillaire ni médiastine, des chirurgiens en Allemagne et en Amérique ont pratiqué, sous anesthésie régionale, la résection d'un lobe pulmonaire (lobectomie), surtout du lobe inférieur, plus facilement abordable.

Les résultats ont été peu brillants, en raison de la fréquence des hémorragies, et des pneumonies post-opératoires, consécutives à l'infection par voie bronchique.

Mais il y a lieu d'espérer qu'avec une technique chirurgicale qui se précise chaque jour, les résultats seront meilleurs, surtout si l'intervention peut être précocement pratiquée.

Traitement radiologique. — Pour détruire la tumeur, on a utilisé la radiothérapie profonde et la curiethérapie.

Radiothérapie profonde. — A l'aide d'appareils très puissants et en employant de fortes filtrations, on peut irradier des tumeurs profondes et même peu radio-sensibles. On a constaté parfois des régressions de tumeurs volumineuses ; cependant l'action est presque toujours insuffisante.

Curiethérapie. — Le nombre des cas traités par cette méthode est peu considérable, mais le traitement par le radium serait, d'après Huguenin, plus efficace que la radiothérapie profonde ; et l'on peut espérer, avec de meilleures techniques que celles actuellement utilisées, arriver à des résultats satisfaisants.

Traitement palliatif.

Si le traitement curatif ne permet guère d'escompter un résultat efficace, il n'en est pas de même du traitement palliatif qui est toujours utile ; suivant les cas, il sera *médical, chirurgical, radiologique*.

Traitement médical. — Il s'adressera :

Aux *douleurs* parfois si violentes et que la morphine — cet aliment du cancéreux — ne calme pas toujours.

A la *toux* dont on diminue la fréquence par des potions opiacées.

A la *dyspnée* qui, si elle est due à un épanchement pleural, sera combattue par une thoracentèse ; l'évacuation de liquide sera abondante s'il s'agit d'un épanchement séro-fibrineux par compression de voisinage, elle sera partielle et rare s'il s'agit d'un liquide hémorragique résultant de l'envahissement néoplasique de la plèvre.

Traitement chirurgical. — L'intensité et la continuité de la douleur autorisent parfois l'emploi de moyens chirurgicaux, qui seront :

La section des nerfs intercostaux pour atténuer les douleurs.

La résection partielle de la paroi thoracique au niveau de la tumeur, en cas de compression trop douloureuse.

Traitement radiologique. — L'application de la radiothérapie calme la *douleur*, la *toux* et la *dyspnée*, soit en agissant directement sur la tumeur, soit en dissipant l'œdème, particulièrement dans les formes à évolution médiastinale.

Si le traitement du cancer du poumon est aujourd'hui presque exclusivement palliatif, on est en droit d'espérer que demain il pourra devenir curatif, grâce à la précocité du diagnostic des formes limitées et circonscrites et au perfectionnement de la technique des méthodes thérapeutiques actuelles.

G. Poix.

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

La Presse Médicale rappelle à ses lecteurs qu'elle transmet toutes les lettres contenant un timbre de 50 centimes aux titulaires des annonces qui répondent directement. Elle ne prend aucune responsabilité quant à la teneur de ces communiqués. Cette rubrique est absolument réservée aux annonces concernant les postes médicaux, les remplacements, les offres ou demandes d'emplois ou de cessions ayant un caractère médical ou para-médical; il n'y est inséré aucune annonce commerciale. L'administration se réserve, après examen, le droit de refuser les insertions. Il n'est pas inséré d'annonces de moins de 2 lignes.

Prix des insertions : 7 fr. la ligne de 40 lettres ou signes (4 fr. la ligne pour les abonnés à La Presse Médicale). Les renseignements et communiqués se paient à l'avance et sont insérés 8 à 10 jours après la réception de leur montant.

A vendre d'occasion : appareil photographique stéréoscopique Monobloc 6—13, *absolument neuf*, avec châssis magasin, objectif Olor Berthiot, 4, 5, mise au point variable, décentrement panoramique et décentrement en hauteur. Prix 1000 fr. — Ecrire *P. M.*, n° 336.

Jura. Grand château, 40 chambres. Conviendrait pour maison de repos, convalescents, régimes, Altitude 300 m. Situation unique, à 10 km. gare relation directe Paris, Lyon, Strasbourg. Parc 50 hectares. Dépendances importantes. — Ecrire *P. M.*, n° 232.

A créer à Fontenay-aux-Roses, pr région sud-ouest, maison chirurg. obstétr. Associat. ou cession bail 28 ans. Gd établiss., chamb., salles, boxes, ascens., 4 km. porte Orléans, 3 tram., 2 ch. de fer. — Ecrire Dr, 9, rue Pavillons, Châtillon-sous-Bagneux. Tél. Alésia 10-35.

Confrère ay. pavillon jol. banl. prendr. pensionn. pr plus. mois : femme enceinte, jne accouchée allaitant enfant. — Ecrire *P. M.*, n° 287.

Adoption. Famille honorable adopterait jne enfant d'origine saine. — Ecrire *P. M.*, n° 293.

Jne homme, excel. réf., cherche travaux ptc compt., fiches, classement, copies, à faire chez lui ou à domicile, le soir ou le samedi après-midi. Ecr. *P. M.*, n° 300.

Inf. dipl. recomm. pr Dr pour soins aux malades, piqûres, ventouses, massage médical. De 1 h. à 3 h. Tél. Danton 70-09. Mme Leroy, 10, sq. Delambre, 14e.

Villa, bord de mer, plage normande proche Paris, à louer Juin ou Septembre. 5 chambres, garage. Conditions avantageuses. — Ecrire *P. M.*, n° 301.

Cause triple usage, à vendre voit. Panhard, 16 CV, mod. 1926, remise à neuf, peinte il y a 1 mois, cond. int., 6 pl. face route, faut. Pullmann. Prix 25.000 fr. Visible : Chapelle et Jabouille, carrossiers, 38, rue Cavé à Levallois.

J. femme c. radiogr. et thérap. diath., U.-V., au cour. dev. et tir. clich., dact., ch. pl. *P. M.*, n° 321.

A vendre Panhard, 12 CV, 1926. Coupé faux-cabriolet. Carrosserie Million-Guiet. Etat de neuf. Visible à Paris. — Ecrire *P. M.*, n° 328.

Sténo-dactylographe médicale. Mlle Durand, 14, avenue Carnot, XVIIe. Se rend à domicile.

Microscope Vérick, en parfait état. 10 objectifs. 2 homogènes. A vendre 1.500 fr. — S'adresser à M. Maguin à Saint-Germain-des-Prés (Loiret).

Dame, diplôme russe, demande emploi chez chirurgien dentiste. — Ecrire *P. M.*, n° 346.

Poste propharm., 30 consult., 40 visites, acc., UV., etc., 375.000 prouvés, susceptible augment.. Belle propriété, 20 chambres, s. d. b. Eau cour. ch. et fr. Vue splendide sur coteaux champenois. 2 garages. Jardin. Convicndr. à confr. marié, à s.-femme. ou à 2 médecins associés. Avec 2 autos 375.000 fr. — Ecrire Dussart, 4, rue Clairaut. Paris.

Jne Dr représenterait Laboratoire sérieux Paris ou province. — Ecrire *P. M.*, n° 349.

Banlieue Est immédiate, à céder local médical, rez-de-chaussée. Petite clientèle O.-R.-L. Serait excellent pour dentiste. Bail 3, 6, 9 commençant. — Ecrire *P. M.*, n° 350.

Dame, sér. référ., tr. active, dipl. universit., conn. angl., dactylo, ts trav. secrétariat, ch. poste secrét. ou direct. clin., maison santé, œuvre sociale, etc. — Ecrire *P. M.*, n° 354.

Médecin, 36 ans, reprendrait clientèle médecine générale, Paris ou de préférence banlieue.

AVIS. — *Prière de joindre aux réponses un timbre de 0 fr. 50 pour la transmission des lettres.*

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES des MALADIES VÉNÉRIENNES

Constantinescou et Vatamanu. *Un cas de syphilis d'emblée par transfusion sanguine* (*Annales des Maladies vénériennes*, tome XXIV, n° 3, Mars 1929). — C. et V. rapportent un cas de syphilis par transfusion sanguine assez comparable à ceux qui ont été publiés par Spillmann et Morel et par Feldman.

Il s'agit d'une femme de 42 ans, très anémiée par des métrorragies répétées, qui subit une transfusion sanguine avec le sang d'un individu qui ne fut examiné ni cliniquement, ni sérologiquement. Deux mois et demi (75 jours) après la transfusion, la malade fit une éruption syphilitique secondaire, sans aucune trace d'accident primitif et sans que le mari présentât des signes d'infection. Le donneur, examiné alors, montra des signes nets de syphilis avec Wassermann positif.

L'intervalle écoulé entre la contamination et l'éclosion des manifestations générales permet de supposer que les tréponèmes contenus dans le sang du donneur n'étaient pas en nombre suffisant pour enfreindre l'immunité naturelle de l'organisme et réaliser, du même coup, une infection massive du sang. Les tréponèmes ont été obligés de se fixer d'abord dans un endroit quelconque de l'organisme, impossible à préciser, et y ont développé, d'une manière cryptogénétique, les étapes de la syphilis primaire.

Ces cas de contamination syphilitique par transfusion sanguine doivent être bien connus, maintenant que la transfusion se généralise comme méthode thérapeutique. Il convient donc d'examiner toujours cliniquement et sérologiquement le donneur avant de pratiquer une transfusion.

R. Burnier.

REVUE NEUROLOGIQUE (Paris)

Bernard et Jung. *Contribution à l'étude de la cremnophobie* (*Revue neurologique*, XXXVe année, tome I, n° 3, Mars 1929). — La *cremnophobie* ou vertige des hauteurs doit être distinguée nettement du vertige labyrinthique avec sensation giratoire.

Elle survient chez des hyperémotifs et des anxieux, comme l'agoraphobie, et se traduit par de l'oppression respiratoire et une inhibition du système musculaire.

Ces caractères, mieux objectivés par les tracés pneumographiques et ergographiques, montrent, en effet, l'existence d'une respiration superficielle accompagnée ou non de tachypnée et de fatigabilité musculaire Des signes de vagotonie ne sont pas exceptionnels.

Le vertige des hauteurs se manifeste, chez les sujets qui en sont passibles, non seulement quand ils se trouvent en un lieu élevé, mais également quand ils voient quelqu'un d'autre s'approcher d'un abîme, ce qui montre le rôle primordial de l'émotivité.

H. Schaeffer.

JOURNAL de NEUROLOGIE et de PSYCHIATRIE

P. Divry. *A propos de la catalepsie bulbocapnique* (*Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, tome XXIX, n° 4, Avril 1929). — De Jong et Baruk avaient réalisé chez le chat, avec des doses moyennes de bulbocapnine, un état d'inertie motrice avec passivité, une extrême paresse de l'activité motrice volontaire, représentant une narcose élective que les auteurs homologuaient à la catatonie.

D. s'oppose à cette opinion, et fait remarquer avec raison que, dans la catalepsie bulbocapnique, il n'existe pas de troubles notables de la tonicité musculaire ni des mécanismes d'équilibration, ni des perceptions douloureuses. Elle relève surtout d'une perte des impulsions volontaires, on n'y rencontre pas davantage de négativisme, ni certaines manifestations hyperkinétiques telles que les stéréotypies. Autant de différences qui séparent la catalepsie bulbocapnique de la catalepsie vraie, sans compter les résultats donnés par l'étude de la chronaxie qui différencient encore ces deux états.

Ainsi donc, l'inertie psycho-motrice réalisée par la bulbocapnine, que l'on peut relever dans divers états mentaux, ne saurait être assimilée au syndrome moteur catatonique dont la complexité échappe jusqu'ici à la reproduction expérimentale.

H. Schaeffer.

LE NOURRISSON (Paris)

Ribadeau-Dumas, Max Lévy, Y. Dupuy et S. Mignon (Paris). *Les troubles du métabolisme de l'eau chez les nourrissons eczémateux* (*Le Nourrisson*, tome XVII, n° 2, Mars 1929). — Les variations importantes du métabolisme aqueux constituent un phénomène propre au premier âge De nombreux états pathologiques retentissent sur ces modifications, et l'observation clinique a établi notamment le rôle indiscutable de l'eczéma suintant dans la genèse des troubles de l'équilibre aqueux.

Dans un travail antérieur, étudiant le sérum sanguin des nourrissons eczémateux, les auteurs y découvraient chez certains d'entre eux — surtout chez les eczémateux suintants ayant une longue évolution — l'existence d'une *hypoprotéinémie*. Poursuivant leurs investigations, ils constatèrent l'existence, au cours de la plupart des eczémas suintants, d'un *abaissement du temps de résorption du sérum physiologique, d'une élévation plus ou moins importante de la teneur en eau du plasma et d'un fort abaissement du rapport* $\frac{A}{G}$, c'est-à-dire du rapport albumine sur globuline.

Les données recueillies par R.-D. et ses collaborateurs indiquent l'existence d'une perturbation importante des protéines totales du sérum, et aussi des fractions protéiniques : albumine et globuline. Le métabolisme de l'eau apparaît troublé d'une façon appréciable, et ce trouble est extériorisé par l'épreuve de la résorption du sérum physiologique et la mesure de la teneur en eau du sérum.

G. Schreiber.

LYON MÉDICAL

P. Bonnet et P. Delor. *Ulcère d'estomac chez un tabétique présentant des crises gastriques : disparition des crises après ablation de l'ulcère* (*Lyon médical*, tome LIII, n° 13, 31 Mars 1929). — B. et D. rapportent l'observation d'un homme de 45 ans, tabétique avéré et éthylique, qui présenta, de 1925 à 1928, de violentes crises gastriques avec intolérance stomacale absolue et 2 fois avec hématémèse. L'abondance, la répétition de l'hémorragie, lors de la dernière crise, fit décider une intervention qui permit de constater un ulcère de la petite courbure en pleine période inflammatoire. L'examen histologique montra une hyperplasie nerveuse très marquée et autour des nerfs des manchons lymphocytaires très développés. L'opération fut suivie de vomissements quotidiens qui s'espacèrent. L'évacuation du bouton d'anastomose fut tardive. Depuis Octobre 1928, le malade n'a plus présenté de crises douloureuses alors qu'en 1928 il avait des crises presque mensuelles.

Cette intéressante observation permet à B et D de discuter les rapports de l'ulcère avec le tabes et la syphilis. La pénurie de documents histopathologiques sur l'estomac des tabétiques atteints de crises gastriques empêche encore toutes conclusions sur les rapports de l'ulcère avec le tabes.

En pratique, l'association d'un ulcère au tabes doit être recherchée lorsque les crises sont anormales, lorsqu'elles se prolongent plusieurs jours. L'hématémèse surtout doit faire songer à la possibilité d'un ulcère associé. D'autre part, chez les sujets atteints d'une lésion gastrique, le caractère de la douleur et des vomissements peut être influencé par la coexistence d'un tabes.

Dans le cas observé, le traitement médical et le traitement spécifique associé n'avaient pas suffi pour arrêter l'évolution de l'ulcère.

L'intensité et la fréquence des crises peuvent pousser à l'intervention; l'opération pourra alors intéresser en même temps le grand sympathique (élongation du plexus solaire) et l'ulcus.

Robert Clément.

RIVISTA DI PATOLOGIA NERVOSA E MENTALE

De Lisi. *Sur la maladie de Wilson* (*Rivista di Patologia nervosa e mentale*, tome XXXIV, fasc. 1, Mars 1929). — Cet important mémoire de 150 pages contient une observation anatomo-clinique personnelle très complète de dégénérescence hépato-lenticulaire progressive, à propos de laquelle L. passe en revue la sémiologie, la physiopathologie, l'anatomie pathologique et la pathogénie du sujet en général.

Il insiste sur la dissociation entre la force statique et dynamique, sur les troubles du tonus, sur certaines attitudes du corps, et les crises tonique et tétanique qu'il considère comme des manifestations de décérébration incomplète et partielle. Il analyse avec soin les troubles relevant du système nerveux végétatif, les troubles mentaux et, en particulier, les états d'excitation psychique avec crises hypertoniques. Il insiste sur la fréquence des signes de cirrhose au cours de la maladie.

Anatomiquement, L. rappelle la prédominance des lésions sur le putamen et le noyau caudé, puis le globus pallidus et le noyau dentelé, sans oublier le locus niger; il a observé la participation de la capsule externe et de l'avant-mur, dans la zone correspondante aux noyaux cérébraux lésés. L'état spongieux du putamen est la conséquence de la dégénération parenchymateuse rapide et profonde avec production inconstante de cellules d'Alzheimer, éléments qui ne sont pas pathognomoniques de la maladie de Wilson et encore moins de la pseudo-sclérose. L'aspect purement anatomique des lésions fait penser, dit L., à un processus « toxique-dégénératif ». Quant aux lésions hépatiques, ce ne sont pas celles d'une cirrhose banale. L'hyperplasie vasculaire du tissu conjonctif en est l'élément le plus typique : elle traduit une anomalie morphologique antérieure, témoin de la nature congénitale et héréditaire de la maladie.

L. étudie encore les rapports de la dégénérescence hépato-lenticulaire avec le spasme de torsion et les autres syndromes extra-pyramidaux plus ou moins bien classés.

L'étiologie et la pathogénie sont longuement étudiées. L'encéphalite ou toute autre cause infectieuse lui semblent devoir être écartées. Le rôle d'une intoxication d'origine et de nature inconnues est possible ; les syndromes extra-pyramidaux réalisés par le manganèse ou l'acétate de thallium confirmeraient cette opinion. Elle ne joue en tout cas qu'un rôle accessoire, et la maladie de Wilson doit rentrer dans le cadre des affections hérédo-familiales.

Mais, quels sont les rapports entre les lésions hépatiques et nerveuses ? L. nie l'existence de maladie de Wilson sans lésion hépatique ; insiste sur la priorité dans le temps de la lésion hépatique par rapport à la lésion nerveuse ; signale les troubles fonctionnels du foie notés dans d'autres syndromes pyramidaux, différents de ceux de la dégénérescence

hépato-lenticulaire ; rappelle enfin les lésions nerveuses constatées dans certaines cirrhoses de Laennec.

Sans solutionner la question, L. insiste sur l'importance prédominante de la lésion hépatique dans la pathogénie de la maladie de Wilson.

H. Schaeffer.

RIVISTA DI PATOLOGIA E CLINICA DELLA TUBERCOLOSI

Antonino Culotta. *La tuberculose musculaire* (*Rivista di Patologia e Clinica della Tubercolosi*, tome III, fasc. I, 31 Janvier 1929). — Dans les archives de l'Institut d'Anatomie pathologique de Palerme, sur un ensemble de 2.224 autopsies pratiquées en 50 ans, C. a trouvé seulement 4 cas de tuberculose musculaire. En complétant ses recherches dans la littérature, il n'est arrivé à en réunir que 64 cas. La tuberculose musculaire hématogène est donc rare.

Elle siège le plus souvent au membre inférieur, sous la forme macroscopique de l'abcès froid. Histologiquement, les lésions se présentent avec un aspect particulier, résultat de la résistance du tissu musculaire vis-à-vis du bacille de Koch; on remarque surtout une prolifération active et abondante des noyaux du sarcolemme, aboutissant à un aspect de fausses cellules géantes. Il s'agirait d'un processus actif auquel serait directement lié le processus de lyse musculaire.

Quelle est la raison de cette résistance spéciale du muscle vis-à-vis de l'infection tuberculeuse ? C. énumère et envisage les différentes explications proposées. Il s'attarde à celle qui met en avant l'action inhibitrice de l'acide lactique; mais les résultats de ses recherches seraient plutôt contraires à cette opinion, étant donné les proportions dans lesquelles l'acide lactique est contenu dans les muscles.

Au contraire, il considère comme intéressante l'explication suivante, qui constitue l'idée originale de son travail : le tissu réticulo-endothélial est en faible quantité dans les muscles, si même il n'y fait pas défaut; les organes qui en sont le plus richement pourvus sont atteints avec prédilection par la tuberculose; et, d'autre part, les animaux ayant subi une inoculation de bacille de Koch dans les muscles meurent rapidement de généralisation tuberculeuse, parce que sans doute le germe n'a pas été fixé au point d'inoculation. La résistance particulière du tissu musculaire à l'infection tuberculeuse serait donc en rapport avec la rareté du tissu réticulo-endothélial dans les muscles.

André Guibal.

LA PEDIATRIA
(Naples)

L. Storchi (Milan). *Action des rayons ultra-violets sur la cutiréaction à la tuberculine* (*La Pediatria*, tome XXXVII, fasc. 8, 15 Avril 1929). — A la suite d'Edgard Mayer, un certain nombre d'auteurs ont attiré l'attention sur l'action des rayons ultra-violets vis-à-vis de la cutiréaction à la tuberculine. En 1924, Bentivoglio, sur 15 cas soumis aux rayons ultra-violets, notait 8 inhibitions totales, 4 inhibitions partielles et 3 réactions positives. L'année suivante, Morabito, chez 34 enfants, observait 30 fois une cuti négative ou atténuée à la suite de l'exposition aux rayons ultra-violets.

En 1927, divers auteurs français reprirent l'étude de cette question et aboutirent à des conclusions analogues.

S., à son tour, étudie l'action des rayons ultra-violets sur la cuti-réaction de 36 petits malades dont 6 âgés de 1 an, 3 âgés de 2 ans et les autres appartenant à la seconde enfance. Tous ces sujets avaient présenté antérieurement des réactions nettes aux tuberculines humaine, bovine ou aux deux à la fois.

Le tableau des résultats publié par S. montre que tous les enfants soumis aux rayons ultra-violets présentèrent au niveau de la zone irradiée une cuti-réaction totalement ou partiellement négative. Deux enfants seulement firent exception à cette règle et présentèrent au contraire une réaction paradoxale : faiblement positive au niveau de la zone irradiée, négative au niveau de la zone non irradiée. Ces deux cas semblent indiquer qu'une action peu intense des rayons ultra-violets est susceptible, non pas d'annihiler la cuti-réaction, mais de la mettre mieux en évidence.

G. Schreiber.

A MEDICINA CONTEMPORANEA

R. dos Santos, A. Lamas et J. Pereira. *L'artériographie des membres* (*Lisbonne*). (*A Medicina contemporanea*, tome XLVII, 3e série, n° 1, Janvier 1929).— On connaît les travaux de E. Moniz qui, par injection intra-artérielle d'iodate de soude, rendit visibles les artères du cerveau, ce qui permit, à la faveur de leurs déformations, de diagnostiquer des tumeurs cérébrales. S., L. et P. ont appliqué cette méthode à l'étude des artères des membres. Ils préfèrent de beaucoup l'iodate de soude au lipiodol employé par Sicard et par ses élèves, mais, contrairement à Brooks, ils emploient l'iodate à 25 pour 100 au lieu de 100 pour 100; de la sorte l'injection est beaucoup moins douloureuse. Le malade ne ressent qu'une douleur très légère et très passagère et même, lorsqu'il présente une lésion artérielle, cette lésion cesse d'être douloureuse. 10 cmc suffisent pour le membre supérieur et pour la jambe. Pour le membre inférieur dans son entier, il convient de doubler ou même de tripler la dose, ce qui du reste n'a aucun inconvénient.

Il faut radiographier aussitôt après, car très rapidement les artères cessent d'être visibles.

L'auteur annexe à son mémoire d'admirables planches radiographiques.

Mais S., L. et P. n'entendent pas se limiter aux artères des membres; ils veulent injecter également les diverses artères viscérales dont l'aspect serait susceptible d'éclairer, à l'avenir, bien des diagnostics. La ponction de l'aorte pourrait même se faire sans danger et facilement après anesthésie du sympathique.

M. Nathan.

RŒNTGEN-PRAXIS

Ernst Meyer (Vienne). *Obtention et valeur des données radiologiques dans les affections endo-craniennes* (*Rœntgen-Praxis*, tome I, fasc. 1, Mars 1929). — L'examen radiologique, trop peu utilisé, du crâne doit avoir pour base : 1° la nature de la recherche à effectuer (région à étudier : position et incidence de choix pour l'obtenir, possibilité de réaliser la projection, etc.); 2° l'étude de l'image; 3° la discussion en fonction de la connaissance des aspects normaux et aussi des aspects pseudo-anormaux provoqués par une position ou une incidence défectueuse, des aspects normaux par variation anatomique et, enfin, des aspects pathologiques. Pour préciser ces différents points, M. discute un certain nombre d'exemples choisis dans les travaux d'autres auteurs.

A. Laquerrière.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin)

F. Hoegler. *L'apparition d'un hyperthyroïdisme temporaire pendant la cure d'insuline* (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, n° 5, 29 Janvier 1929). — Chez un malade amaigri, il a été pratiqué une cure d'engraissement par l'insuline et il a été constaté une augmentation du métabolisme de base de 33 pour 100 avec 110 pulsations, tremblement, humidité de la peau, etc., dans les 8 jours qui ont suivi le début du traitement qui consistait en 3 fois 10 unités cliniques d'insuline par jour. Chez un autre malade, l'augmentation du métabolisme provoquée par un traitement analogue n'a été que de 17 pour 100 au bout d'une quinzaine de jours d'un traitement semblable. L'appétit était resté bon dans les deux cas qui rentrent, par conséquent, dans les maigreurs éréthiques, selon Falta. Il faut donc admettre qu'il y a des relations entre thyroïde et appareil insulinique telles que toute production en excès d'insuline détermine une augmentation de l'activité de la thyroïde. De telles relations existeraient surtout dans la maigreur éréthique et expliqueraient le fait que, dans ce cas, malgré un appétit normal, on n'arrive pas à faire prendre du poids. Tout au contraire, dans les cas de maigreur asthénique où l'appétit est médiocre, l'insuline donne de bons résultats, comme une troisième observation en témoigne.

P.-E. Morhardt.

O. M. Semzowa et A. A. Terechowa. *Différenciation spécifique de groupes dans les organes humains : 2) différenciation spécifique de groupes au cours de l'ontogenèse* (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, n° 5, 29 Janvier 1929). — L'existence d'agglutinines de groupe est admise par certains auteurs et contestée par d'autres. Par contre, on admet très généralement que les érythrocytes des nouveau-nés contiennent des agglutinogènes de groupe. Pour préciser ces questions et notamment pour rechercher à quelle période de la vie embryonnaire ces caractéristiques apparaissent, S. et T. ont examiné 28 embryons ou fœtus de 6 semaines à 9 mois. Ils ont constaté ainsi que, jusqu'au 6e mois, les embryons ne sont pas différenciés au point de vue de leurs propriétés antigéniques de groupe. D'un autre côté, les cellules fixes et les érythrocytes commencent à être différenciés à partir de 6 mois 1/2. Les anticorps de groupe n'ont pas pu être mis en évidence, même dans les derniers mois de la vie utérine. Il résulte de là que les antigènes de groupe n'apparaissent qu'à une période tardive de l'ontogenèse, ce qui conduit à admettre que ces propriétés sont également d'apparition tardive dans la phylogenèse.

P.-E. Morhardt.

Walter Misch et Alfons Lechner. *Un phénomène réflexe cardio-sympathique* (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, n° 11, 12 Mars 1929). — L'angine de poitrine et les états analogues s'accompagnent de phénomènes irritants, sensibles ou moteurs qui s'étendent aux régions innervées par les segments C^8 à D^3 de la moitié gauche du corps. A ces phénomènes exclusivement sensibles ou moteurs, bien connus, viennent s'en ajouter d'autres où le système sympathique intervient. Dans une des observations reproduites par M. et L., il s'agit d'un homme de 52 ans atteint de mésaortite syphilitique chez lequel la pupille gauche est plus large que la droite et qui présente, d'une façon presque continue, une hyperidrose de la moitié gauche du visage, la région correspondant au maxillaire inférieur étant à peu près seule exceptée. Cette hyperidrose est surtout marquée au moment des exacerbations douloureuses qui s'accompagnent, d'ailleurs, d'une augmentation de la mydriase. Les efforts accentuent ce syndrome qui disparait après un repos prolongé.

Dans un second cas, les phénomènes sont analogues.

Dans les deux cas, une excitation galvanique des zones de Head de la poitrine et du dos a déterminé régulièrement une dilatation pupillaire.

Selon M. et L., ce phénomène n'est pas identique à la mydriase unilatérale observée dans une série d'affections de viscères thoraciques ou abdominaux : poumon, plèvre, reins, vésicule, etc., et qui correspond à l'excitation algophore de O. Foerster ; dans le cas actuel, en effet, la mydriase est accompagnée d'autres symptômes d'irritation du sympathique cervical. Il s'agirait d'une « zone objectivée de Head ».

P.-E. Morhardt

Artur Hertz. *La question de l'intoxication chronique par le mercure* (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, n° 12, 19 Mars 1929). — Depuis 1923, H. recherche les cas d'intoxication par le mercure et surtout ceux qui sont dus à de petites quantités de ce métal en vue de confirmer les recherches de Fleischmann sur la toxicité des obturations à l'amalgame. Il n'a, cependant, pas réussi à trouver un cas pathologique qui puisse être attribué à de petites


Alunozal
SALICYLATE
BASIQUE
D'ALUMINE
ANTISEPTIQUE
ASTRINGENT
Thèse Dr ROCHAS
LYON 1922
MARQUE DÉPOSÉE
GRANULES
D'ALUNOZAL
USINES DU RHONE
ALUNOZAL
LABORATOIRE DES PRODUITS
USINES DU RHONE
Diarrhées
DIARRHÉES SAISONNIÈRES
DIARRHÉES INFANTILES
DIARRHÉES DES TUBERCULEUX
ENTÉRITES_ENTÉRO-COLITES
COMPRIMÉS : 1 à 10 par jour
GRANULÉS : 1 à 10 cuillerées par jour
LABORATOIRE DES PRODUITS "USINES DU RHÔNE"
L. DURAND, Pharmacien
21, Rue Jean Goujon - PARIS

doses de mercure. Pour compléter ses recherches, il a étudié 50 malades atteints des affections les plus diverses au point de vue de l'élimination du mercure. 15 de ces malades n'avaient aucune dent obturée avec un amalgame et ne semblaient avoir jamais manié de mercure. Parmi ces malades, 11 (73 pour 100) éliminaient du mercure. Parmi les 35 autres, il y en avait 34 (97 pour 100) qui étaient dans le même cas. Ces chiffres sont supérieurs à ceux de Fleischmann probablement parce que H. a recherché le mercure, non seulement dans l'urine, mais aussi dans les fèces où il en a trouvé plus que dans l'urine.

Aucun de ces éliminateurs de mercure ne présentait d'affections qui pussent être mises en rapport avec le mercure.

D'autre part, les médecins et infirmières du service dentaire de l'hôpital, représentant 13 personnes, ont été également examinés à ce point de vue. Elles éliminaient toutes ce métal dans des proportions plus élevées que l'autre groupe de malades examinés. Dans deux cas seulement il y avait des troubles vagues du côté du tube digestif ou du côté de la mémoire qui pouvaient être considérés comme suspects à ce point de vue.

La recherche des lymphocytes a été faite dans 10 cas sur lesquels il n'en a été trouvé que 3 où la proportion de lymphocytes dépassait 35 pour 100, chiffre qui, pour H., serait la limite supérieure de la normale. P.-E. Morhardt

Georg Recht. ***Traitement des ulcères de l'estomac et du duodénum par le sucre*** (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, n° 12, 19 Mars 1929). — Simnitzky a obtenu de bons résultats par l'administration d'hydrate de carbone au cours d'ulcère de l'estomac. Cette médication déterminerait, au niveau de l'estomac, une inhibition de la motilité et de la sécrétion qui serait alcalinisée par cette méthode. D'autre part, les recherches de Depisch et Hasenöhrl ont montré que l'administration d'hydrate de carbone concentré détermine une excitation de l'appareil insulinique.

Ces considérations ont amené R. à admistrer par la bouche des solutions concentrées de sucre en cas d'ulcère gastrique ou duodénal. Il s'est agi, en général, de malades non hospitalisés à qui on a pu prescrire 2 ou 3 fois par jour 50 à 80 gr. de sucre dissous dans 200 à 250 cmc d'eau, de thé léger ou de lait. Par ailleurs, les malades menaient une vie ordinaire et avaient un régime mixte sans aucun médicament. Comme les recherches sur ces questions ont montré que l'administration de sucre détermine une hypoglycémie réactive par insulinémie au bout de 3 à 4 heures, il était prescrit à ces malades de prendre leur ration de sucre assez vite, en 15 à 20 minutes, et 1 heure ou une 1/2 heure avant les principaux repas, surtout avant les repas qui provoquaient des douleurs. Lorsqu'il semblait s'agir d'un ulcère duodénal, on faisait prendre le sucre une 1/2 heure à 1 heure après le repas et si c'était pendant la nuit que survenaient les douleurs, il était recommandé de prendre le sucre avant d'aller au lit.

Cette thérapeutique a déterminé, en général, au bout de 2 ou 3 jours, une rémission nette, parfois même une suppression de la douleur. Dans beaucoup de cas où le sucre n'était pas accepté, on a commencé par des petites doses (20 gr.) pour augmenter progressivement. Pour R. cette méthode déterminerait une hypertrophie de travail et un entraînement de l'appareil insulinique qu'il considère, avec Marcel Labbé, comme un alcalisateur de choix.

P.-E. Morhardt.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

Saxl et Erlsbacher. ***Renforcement de l'action diurétique du novasurol par le chlorure d'ammonium*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLII, n° 2, 10 Janvier 1929). — Les auteurs américains Rowntree, Keith et Barrier ont combiné à la thérapeutique par le novasurol l'administration perorale de chlorure d'ammonium.

Ces auteurs tentaient ainsi d'acidifier l'organisme et de favoriser la diurèse par le mécanisme de l'hyperchlorémie consécutive. S. et E. se sont heurtés à l'intolérance des malades. Pour y remédier, ils ont eu recours à une solution sucrée prise par cuillerées à café dans de l'eau minérale. Néanmoins les petits phénomènes d'intolérance sont fréquents.

L'effet de cette association médicamenteuse est favorable et augmente la diurèse de 20 à 100 p. 100. De plus, certains malades réfractaires à l'action isolée du salyrgan bénéficient de cette combinaison.

Dans les cas rebelles, il est utile de préparer l'action du diurétique mercuriel par une administration préalable, 2 à 5 jours auparavant, d'ammoniaque. L'action diurétique est nettement proportionnelle à la dose d'ammoniaque ingérée. Cet effet semble bien résulter d'une acidification de l'organisme, ainsi qu'en témoignent la chute rapide de la réserve alcaline et la cessation de toute diurèse lorsqu'on administre du sodium.

Ce mode thérapeutique réussit particulièrement dans les cardiopathies décompensées. G. Basch.

Zikowsky. ***Amygdalectomie et scarlatine*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLII, n° 2, 10 Janvier 1929). — Les amygdales jouent un rôle capital dans la scarlatine ; elles constituent certainement un réservoir de virus, et un lieu d'effraction pour ce virus. Après le stade précoce d'amygdalite aiguë, on observe, cependant que diminue l'inflammation locale, la prise des ganglions tributaires des amygdales.

Une nouvelle offensive de la maladie se traduit en effet par une tuméfaction douloureuse de ces ganglions. Z. cherche à prouver ses affirmations en relatant 5 observations suivant lesquelles le syndrome secondaire angino-ganglionnaire fut rapidement suivi d'une néphrite aiguë. Il a étudié l'évolution de la scarlatine chez 23 amygdalectomisés, sur un chiffre total de 1.013 scarlatineux. Chez 20 de ces malades le début se fit par une angine avec rougeur du cavum et hypertrophie des follicules lymphatiques avoisinants et des tronçons amygdaliens. 2 de ces malades présentèrent une néphrite, 4 présentèrent du rhumatisme scarlatin, et 3 des complications cardiaques.

Z. se défend de tirer la moindre conclusion de cette statistique trop restreinte. G. Basch.

Pirquet. ***L'allergie suivant l'âge*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLII, n° 3, 17 Janvier 1929). — En 1906, créant le terme d'allergie, P. le définit en ces termes : « Le vacciné se comporte vis-à-vis de la lymphe, le syphilitique vis-à-vis du virus luétique, le tuberculeux vis-à-vis de la tuberculine, l'individu injecté par un sérum vis-à-vis d'un sérum, de façon toute différente que celui qui n'a jamais été en contact avec un de ces agents respectifs. Il est bien loin de l'état d'immunité : ses capacités de réaction sont changées. »

Etudiant l'infection tuberculeuse, P. montre la différence de ses manifestations suivant l'âge : là où le nourrisson fait une granulie, l'enfant présente les signes de la scrofule et l'adulte une tuberculose pulmonaire. Même différence quant à la syphilis; on sait la prédilection de la paralysie générale pour l'homme adulte de 30 à 43 ans alors que l'acmé du tabes est entre 50 et 60.

Le diabète présente une très grande fréquence vers 60 ans, la cirrhose du foie vers 55, enfin le cancer frappe le plus grand nombre d'individus vers la 65e année, augmentant progressivement de fréquence à partir de l'âge de 30 ans. Inversement, la chorée, le rhumatisme articulaire aigu sont des maladies du jeune. G. Basch.

Schwartz. ***Mononucléose infectieuse ; fièvre ganglionnaire; angine à lymphocytes*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLII, n° 4, 24 Janvier 1929). — Sprunt et Evans ont décrit en 1920 une affection fébrile survenant chez des jeunes gens et se caractérisant par une fluxion ganglionnaire, une splénomégalie légère et par une formule sanguine très caractéristique. En coïncidence avec une augmentation légère de la formule blanche, apparaît une forte proportion de grands mononucléaires à protoplasme très colorable, rappelant les cellules d'irritation de Türk.

De nombreux cas analogues ont été décrits dans la littérature mondiale, mais il semble qu'en Europe, on considère cette affection, non comme une entité morbide distincte, mais comme une réaction cellulaire particulière accompagnant certaines formes d'angine ulcéreuse. S. cependant rejette le terme d'angine à monocytes qu'on lui donne dans certains travaux, terme qui ne tient pas compte de l'aspect si particulier de ces mononucléaires avec un réseau de chromatine grossièrement charpenté, et quelques formations nucléolaires.

On observe également des plasmazellen à noyau rayonné ; la réaction des oxydases fut négative vis-à-vis des grandes cellules.

S. suppose qu'il s'agit d'une affection autonome, frappant le système lymphoïde et s'accompagnant d'une pullulation des mononucléaires, en rapport peut-être avec l'irritation de ces organes par un agent pathogène encore ignoré. Il donne le nom d'*adénotrope* ou de *lymphotrope* à ce virus inconnu, très proche, selon lui, de celui de la leucémie aiguë. G. Basch.

Tirala. ***Hypertension artérielle et respiration*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLII, n° 5, 31 Janvier 1929). — T. a noté que les hypertendus qui se livraient à des mouvements respiratoires prolongés présentaient une chute tensionnelle de 2 à 3 cm. de mercure.

T. se livre à une série d'affirmations pathogéniques, dont voici les conclusions que nous traduisons sans commentaires :

1° A la suite de mouvements respiratoires, la pression artérielle baisse au bout de peu de minutes ;

2° Cette chute persiste un certain temps et se maintient si le patient se livre à des exercices respiratoires quotidiens ;

3° Tous les symptômes subjectifs de l'hypertension disparaissent également ;

4° Cette méthode thérapeutique, beaucoup plus puissante que la saignée, l'emporte également sur tous les moyens actuellement connus ;

5° La respiration profonde est le meilleur traitement de l'hypertension artérielle et de l'artériosclérose. G. Basch.

THE LANCET
(Londres)

G. F. Stebbing. ***La chordotomie : notes sur 17 cas*** (*The Lancet*, tome CCXVI, n° 5509, 30 Mars 1929). — La section des cordons antéro-latéraux de la moelle a été proposée en 1912 par Spiller et Martra pour obtenir la sédation des douleurs dans un cas de cancer de la colonne vertébrale. Depuis, cette méthode a été employée à plusieurs reprises dans des cas de douleurs intolérables dues à des cancers ou au tabes, mais l'intervention n'est jamais entrée dans la pratique courante.

L'auteur a pratiqué cette intervention sur 17 malades, et donne les quelques précisions que lui a fournies son expérience : le niveau de l'intervention varie selon les cas entre la 3e et la 6e dorsale. On pratique la laminectomie sur la hauteur de deux vertèbres. Après incision de la dure-mère et de l'arachnoïde, l'auteur enfonce une aiguille au milieu de l'espace entre les racines postérieures et le sillon antérieur; on fait cheminer cette aiguille à 2 ou 3 mm. de profondeur pour la faire sortir entre les racines antérieures et le sillon médian ; puis on coupe toute la partie de la moelle située en dehors de l'aiguille. Cette technique a l'avantage de limiter exactement la section à la partie habituellement dégénérée des colones antéro-latérales ; d'autre part elle facilite la section en soutenant la moelle. Il n'y a pas d'ordinaire d'hémorragie. Pour éviter ultérieurement les douleurs en ceinture au niveau de la section, il est préférable de sectionner en même temps les racines postérieures correspondantes.

Les suites opératoires sont bonnes en général : 8 jours de lit; parfois légère rétention d'urine transitoire; parfois aussi parésie des membres inférieurs.

Les résultats de l'intervention sont très variables dans tous les cas : 2 malades sont morts de l'intervention, l'un de pneumonie, l'autre d'iléus paralytique. Les autres malades ont survécu à l'intervention, et ont vu tous la disparition presque absolue des douleurs. Dans les cas de néovertébral ou pelvien, l'amélioration s'est maintenue jusqu'à la mort.

Dans 5 cas, l'intervention a été pratiquée chez des tabétiques présentant des crises gastriques ou des douleurs fulgurantes : chez tous les douleurs ont disparu pour un temps, mais ont reparu de 18 mois à 4 ans après l'opération. R. Rivoire.

Evans et Spence. ***L'acide α-phényl-cinchoninique (atophan) dans le traitement de la goutte*** (*The Lancet*, tome CCXVI, nº 5510, 6 Avril 1929). — L'acide α-phényl-cincboninique, plus connu sous le nom commercial d' « atopban », est utilisé depuis une vingtaine d'années dans le traitement de la goutte. Physiologiquement, ce produit provoque une sécrétion exagérée d'acide urique, plus marquée chez le goutteux que chez le sujet normal. Cliniquement, c'est un remède d'efficacité certaine, surtout dans la goutte chronique plus que dans l'accès aigu. Mais c'est aussi un médicament dangereux, susceptible de provoquer des accidents graves et même mortels : c'est là un fait peu connu et intéressant.

Ces accidents se voient chez certains sujets présentant une idiosyncrasie au médicament; en effet, il n'est pas rare de voir des malades qui ont absorbé des doses énormes d'atophan pendant plusieurs années, sans présenter le moindre accident. Au contraire, des accidents se voient souvent chez des sujets n'ayant absorbé que des doses minimes, un gramme seulement dans un cas de l'auteur.

L'accident le plus fréquent est l'érythème, scarlatiniforme ou urticarien. Il est d'ordinaire bénin et transitoire.

Beaucoup plus grave est l'ictère, qui a d'ordinaire l'aspect clinique d'un ictère catarrhal, et dont le symptôme prémonitoire est la disparition de l'appétit : l'auteur insiste sur ce symptôme, qui doit faire immédiatement suspendre la médication. Cet ictère dure 2 à 3 semaines, mais il persiste plus longtemps un affaiblissement important.

Dans des cas non exceptionnels, on a vu survenir, non plus un ictère catarrhal, mais un ictère grave avec atrophie jaune aiguë, terminé par la mort.

Plus rarement, on peut observer de l'albuminurie ou de la tachycardie, parfois un accès fébrile suivant l'ingestion du médicament.

Il faut noter que les auteurs allemands nient complètement la toxicité de l'atophan et notamment la possibilité d'ictère grave : il s'agit peut-être de préparation différente du produit.

Il n'en reste pas moins que l'atophan est un médicament efficace, mais dangereux, que l'on ne doit pas prescrire à la légère : il faut toujours tâter la susceptibilité du malade par des doses modérées, suspendre la médication en cas d'inappétence ou d'accidents cutanés; et surtout le malade doit rester pendant toute sa cure sous la surveillance du médecin. R. Rivoire.

T. Hardy. ***Le rôle de l'acide chlorhydrique dans l'étiologie des douleurs gastriques*** (*The Lancet*, tome CCXVI, nº 5510, 6 Avril 1929). — Le rôle négatif de l'acide chlorhydrique dans le déterminisme des douleurs gastriques est démontré depuis longtemps : la « gastrite hyperchlorhydrique » a vécu. Cependant Palmer est revenu sur cette question dans ces dernières années et a proposé un « test chlorhydrique » qui permettrait de différencier les lésions gastriques vraies des réactions fonctionnelles dues à des foyers à distance. Ce test consiste à injecter dans l'estomac du sujet de l'HCl dilué à 0,5 pour 100 : en cas de lésions gastriques, cette injection déclenche une crise douloureuse typique, qui ne s'observerait pas quand il y a absence de lésions de la muqueuse gastro-duodénale.

H. a repris les expériences de Palmer, et a essayé son test sur 220 sujets : ses conclusions sont beaucoup moins affirmatives, et il semble que le test ne soit positif que dans la moitié des cas d'ulcères ; par contre, il est également positif dans la moitié des cas de troubles dyspeptiques dus à des appendicites ou cholécystites : la valeur diagnostique du test semble donc pauvre. D'autre part, après intervention chirurgicale, des ulcères en pleine activité ont été trouvés, qui avaient donné un résultat négatif. Il semble bien cependant que l'injection d'HCl puisse chez les sujets souffrant de gastralgie provoquer une crise douloureuse, mais il semble difficile de dire avec Palmer que l'acide chlorhydrique est l'agent efficient qui commande toujours l'apparition des crises douloureuses chez les ulcéreux.

R. Rivoire.

T. C. Hunt. ***Les néoplasmes du poumon*** (*The Lancet*, tome CCXVI, nº 5511, 13 Avril 1929). — La fréquence des néoplasmes pulmonaires semble avoir beaucoup augmenté depuis quelques années, ainsi que la littérature sur le sujet.

L'auteur a observé 26 cas de cancer du poumon, tous vérifiés à l'autopsie. D'après les statistiques de l'hôpital Sainte-Marie à Londres, le néopulmonaire est le plus fréquent après le cancer de l'estomac, du sein, de l'utérus et de l'œsophage.

Les constatations de l'auteur confirment un fait intéressant : à savoir que l'immense majorité des tumeurs intrathoraciques sont des carcinomes ; la véritable tumeur médiastinale, sarcomateuse, est extrêmement rare.

Le néopulmonaire atteint 3 fois plus souvent les hommes que les femmes, sans que l'on puisse donner de ce fait une explication satisfaisante. Cliniquement, le premier signe est d'ordinaire la douleur, très intense, plus vive que dans les autres affections pulmonaires; parfois le début est aigu, simulant une grippe.

Les signes de compression médiastine sont fréquents et ne doivent pas faire songer automatiquement à une tumeur médiastinale.

Les hémoptysies se voient dans 50 pour 100 des cas, et c'est souvent un symptôme terminal.

La pleurésie est aussi un symptôme presque constant.

Les métastases sont rares. La mort survient en moyenne six mois après le début de la maladie.

R. Rivoire.

W. Mackay (Glasgow). ***Le traitement de la polyglobulie par le chlorhydrate de phénylhydrazine*** (*The Lancet*, tome CCXVI, nº 5511, 13 Avril 1929). — Le traitement de la maladie de Vaquez par la phénylhydrazine a été proposé en 1918 par Eppinger et Kloss, qui utilisaient ce produit pour provoquer l'anémie expérimentale chez les animaux. Depuis, la méthode a été utilisée assez fréquemment.

M. a traité 2 cas de polyglobulie avec succès et en suivant l'effet du traitement par des examens de sang très détaillés.

Dans chaque cas, la drogue était administrée par voie buccale à la dose de 20 à 25 centigr. par jour. Il s'agissait de malades ayant environ 10 millions d'hématies, chez lesquels le chiffre tombait à la normale rapidement sous l'action de la phénylhydrazine.

Dans un cas même, le chiffre des hématies est tombé à 2.500.000, malgré la suppression du remède à partir de 400.000.

L'action de la phénylhydrazine n'est que passagère ; il y aurait même accoutumance après un délai d'ailleurs assez long.

L'action du traitement sur le sang a été bien étudiée. Il y a une leucocytose modérée parallèle à la chute des hématies. On observe constamment des réticulocytes, des mégalocytes et de la polychromatophilie, témoins d'une régénération cellulaire intense.

L'action la plus curieuse de la phénylhydrazine est d'avoir provoqué dans les deux cas une augmentation considérable du nombre des plaquettes, passé de 300 à 800.000 sous l'action du traitement, et dans un cas une phlébite de la saphène est apparue, alors que le chiffre des hématies était de 2.400.000, mais celui des plaquettes de 1.000.000.

La valeur de la phénylhydrazine dans le traitement de la polyglobulie semble bien inférieure à celle de la radiothérapie médullaire. R. Rivoire.

Good et Newman. ***Cachexie hypophysaire chez un tabétique*** (*The Lancet*, tome CCXVI, nº 5511, 13 Avril 1929). — La cachexie hypophysaire ou maladie de Simmonds est une affection caractérisée cliniquement par une cachexie extrême avec aspect sénile, perte des poils, troubles nerveux et microsplanchnie, liée anatomiquement à une atrophie scléreuse du lobe antérieur de l'hypophyse.

G. et N. ont observé un syndrome analogue à la période terminale d'un tabes ordinaire, traité sans succès 4 mois auparavant par la malariathérapie : l'examen histologique du lobe antérieur de l'hypophyse a montré une sclérose importante, avec forte diminution du tissu parenchymateux, isolé en îlots irréguliers, disparition à peu près complète des cellules éosinophiles, forte augmentation des basophiles, absence de capillaires ; pas de cellules colloïdes dans le lobe médian. Le lobe postérieur est normal.

G. et N. suggèrent que la cachexie hypophysaire se rencontre peut-être dans tous les cas de tabes dits cachectiques ou marastiques : il y a là une vérification à faire, qui montrera peut-être la fréquence relative de la maladie de Simmonds d'origine tabétique. R. Rivoire.

ACTA PSYCHIATRICA ET NEUROLOGICA

Sture Berggren et Erik Moberg. ***Recherches expérimentales sur le problème du sommeil*** (*Acta psychiatrica et neurologica*, tome IV, fasc. 1, 1929). — Les modifications survenant pendant le sommeil normal ou pathologique, troubles de la respiration, des sécrétions, des échanges, de la circulation du sang, aussi bien que les constatations anatomiques notées au cours de l'encéphalite épidémique, permettaient de penser qu'un centre du sommeil siégeait à la base de l'encéphale.

Aussi bien, la diminution de la teneur en calcium du sang pendant le sommeil, invitant à penser que peut-être elle correspondait à une augmentation de la teneur en calcium du parenchyme nerveux, invitait Demole à réaliser ses belles expériences, où il montrait que l'injection de chlorure de calcium dans les noyaux de la région tubérienne suffisait pour provoquer le sommeil chez l'animal.

B. et M. ont repris les expériences de Demole, et ont constaté, comme lui, que l'injection de chlorure de calcium à la dose de 0,26 à 0,62 milligr. en solution isotonique dans les noyaux infundibulaires provoquait le sommeil.

A l'encontre de Demole, ils ont constaté que l'injection de chlorure de potassium déterminait aussi à la dose de 0,44 à 0,55 milligr. la somnolence et le sommeil.

Mais l'injection d'une dose plus élevée de chlorure de calcium, 0,62 à 0,65 milligr., peut déterminer l'effet contraire, c'est-à-dire de l'excitation.

L'injection de sérum reste sans effet, mais la simple piqûre des centres tubériens sans injection peut parfois réaliser le sommeil.

Ce mémoire contient en détail le protocole des expériences des auteurs réalisées chez le chat, ainsi que des schémas montrant, de façon précise, le siège des injections. H. Schaeffer.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE (Chicago)

L. Martin. ***Effet des injections parentérales de protéines du lait purifiées sur les symptômes et l'évolution de l'ulcère peptique*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLIII, nº 3, Mars 1929). — M. a


Docteur
Sur le point de prescrire la Valériane êtes-vous parfois retenu par la crainte de donner à votre malade un médicament malodorant !
Ordonnez alors le
Valérianate Gabail
désodorisé
ou
Élixir Gabail
valéro-bromuré
aussi efficaces dans leur action qu'agréables à prendre.
LABORATOIRES S. GABAIL 5, Rue Lefebvre PARIS (XV°)


BEEF
(VIN de LAVOIX)
LAVOIX


SPYROLIDES
SPYRO
USAGE EX

traité 24 malades atteints d'ulcères situés en deçà ou au delà du pylore par des injections de protéines purifiées du lait (Aolan) faites par voie intramusculaire, à la dose de 10 cmc, à intervalles irréguliers (2 à 7 jours) et au nombre de 1 à 7. Aucun des malades n'était hospitalisé et la plupart ne furent pas soumis à un régime alimentaire spécial.

M. se montre très satisfait des résultats, 83 p. 100 des patients ayant été grandement améliorés ou cliniquement guéris.

Le premier symptôme à disparaître fut la douleur, et même parfois dès la 1re injection. Plus tard disparurent, mais de façon très irrégulière, les régurgitations, les éructations, l'aérophagie. Après le traitement, M. n'a pas constaté de changements importants dans l'examen radiologique; néanmoins le spasme parut diminuer dans certains cas de même que les encoches de l'ombre. Il n'observa pas non plus de modifications régulières dans l'acidité gastrique, qui se montra tantôt augmentée, tantôt diminuée. Par contre, les hémorragies occultes cessèrent vite.

Chez 2 malades se produisit une réaction générale légère après les injections, chez un autre une réaction locale, rappelant le phénomène d'Arthus.

La méthode a été employée depuis trop peu de temps et sur trop peu de malades pour que M. puisse émettre des conclusions fermes sur la permanence de la guérison; 3 des malades traités ont dû être opérés. P.-L. Marie.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES

(Philadelphie — New-York)

I. I. Lemann. *Occlusion des coronaires dans la maladie de Buerger [thrombo-angéite oblitérante]* (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXVI, nº 6, Décembre 1928). — Dans la thrombo-angéite oblitérante il est probable que le processus pathologique n'est pas limité aux vaisseaux des extrémités, mais il est difficile de l'affirmer, les documents d'autopsie étant encore très peu nombreux. Néanmoins, dans les 5 autopsies publiées jusqu'ici, il est remarquable qu'on ait trouvé trois fois des lésions des coronaires (2 cas de Buerger, 1 cas de Perla). A ces cas, L. en ajoute un 4e. Il s'agit d'un israélite de 55 ans, d'origine hongroise, qui avait subi, 4 ans auparavant, l'amputation de la jambe droite pour une gangrène du pied, et peu après l'amputation de la jambe gauche pour une oblitération des artères tibiales antérieure et postérieure, à la suite d'une sympathectomie restée sans effet. Il mourut presque subitement après avoir présenté une vive douleur précordiale, des vomissements et de la dyspnée. L'autopsie montra, comme dans le second cas de Buerger, une athérosclérose énorme des coronaires, la gauche étant presque oblitérée par des dépôts calcaires, la droite ayant ses branches complètement oblitérées par le processus de calcification. On ne trouvait donc pas de lésions de thrombo-angéite oblitérante comme dans le 1er cas de Buerger ou comme dans celui de Perla En outre, il existait de la myocardite chronique, de la néphrite chronique et de la dégénérescence athéromateuse des vaisseaux.

Il est possible que chez un homme de 55 ans ces lésions d'artériosclérose fussent indépendantes de la thrombo-angéite oblitérante qui avait motivé la double amputation; mais on ne peut manquer d'être frappé de voir que chez les deux malades de Buerger qui avaient 21 et 35 ans, il existait des lésions d'artériosclérose précoce et que chez l'un d'eux on trouvait côte à côte dans les artères coronaires des lésions typiques de thrombo-angéite oblitérante et des lésions artérioscléreuses. P.-L. Marie.

J. J. Selman et S. F. Weinman. *Observations sur les effets de substances autres que les hydrates de carbone pour guérir les symptômes toxiques dus à l'insuline* (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXVI, nº 6, Décembre 1928). — La rapidité avec laquelle guérissent les malades présentant le syndrome toxique consécutif à l'injection de doses excessives d'insuline dès qu'on leur donne par la bouche du glycose ou un autre hydrate de carbone impressionne toujours ceux qui en sont témoins. S. et W. se sont demandé si quelque autre mécanisme que l'absorption n'intervenait pas dans ce résultat surprenant. Aussi ont-ils essayé chez 6 diabétiques hospitalisés, présentant le syndrome hypoglycémique caractéristique, de donner d'autres substances que des hydrates de carbone : de l'huile de paraffine chez 5 d'entre eux, du blanc d'œuf chez le dernier. Fait curieux et que S. et W. ne tentent pas d'expliquer, tous ces malades, à l'exception d'un seul qui avait reçu de l'huile de paraffine, virent cesser rapidement leurs troubles, bien que la glycémie ne se soit pas relevée consécutivement. P.-L. Marie.

J. Friedenwald, M. Feldman et W. F. Zinn. *L'ulcère peptique de l'œsophage* (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXVII, nº 1, Janvier 1929). — Les auteurs ont eu l'occasion d'observer 13 cas d'ulcère peptique de l'œsophage et ils donnent ici un tableau d'ensemble de cette affection qui, bien que rare, se rencontre assez souvent toutefois pour offrir un intérêt clinique.

L'ulcère siège d'ordinaire dans le tiers inférieur de l'œsophage, mais parfois aussi plus haut. Ses dimensions sont très variables; il est en général unique; la paroi postéro-latérale droite est le plus souvent atteinte. Il ressemble en bien des points aux ulcères gastriques et duodénaux. Lorsque l'ulcère est vaste, il détermine une rétraction qui provoque un rétrécissement et la production d'une dilatation sus-jacente. Dans les petits ulcères superficiels, la guérison est habituelle et la lésion œsophagienne peut facilement passer inaperçue. La perforation n'est pas très rare.

L'étiologie de l'ulcère peptique de l'œsophage est semblable à celle des ulcères gastro-duodénaux. Pour que la maladie puisse se produire, il faut que le cardia demeure ouvert de telle sorte que la sécrétion gastrique acide régurgitée puisse continuer à exercer son effet corrosif sur la région malade de la muqueuse de l'œsophage. L'ulcère de l'œsophage s'observe le plus souvent chez les adultes, entre 30 et 70 ans. Hommes et femmes sont également frappés.

Les symptômes les plus caractéristiques de l'affection sont la douleur, la dysphagie, les régurgitations, les hémorragies, occultes ou considérables, la perforation, d'ordinaire fatale. Le diagnostic est fréquemment délicat, mais il est très facilité par la radiologie et l'œsophagoscopie. La radioscopie est la méthode de choix. Quatre types de défauts de remplissage peuvent s'observer : érosion de la muqueuse, avec petite tache de baryum répondant à l'ulcération; niche, dans l'ulcère du type pénétrant; défauts dus au spasme; perforation, exceptionnellement observée. On peut aussi rencontrer un rétrécissement qui ne se distingue en rien des autres sténoses de l'œsophage.

Le traitement consiste à guérir tous les foyers d'infection se trouvant dans l'organisme, à donner de l'huile d'olives, des alcalins ou de la belladone, à prescrire le régime lacté et le repos, enfin dans certains cas à faire des applications de nitrate d'argent sous le contrôle œsophagoscopique. Si la guérison fait défaut, il faut avoir recours à la gastrostomie pour assurer une alimentation convenable et laisser longtemps l'œsophage au repos. Parmi les 13 cas des auteurs, 8 ont guéri par un traitement médical et diététique simple, 3 après l'application locale de solution de nitrate à 10 pour 100; un cas ne put être amélioré, enfin le dernier succomba à une perforation. P.-L. Marie.

M. Fremont-Smith et M. A. Mc Iver. *Résultats éloignés du traitement chirurgical de l'ulcère peptique basés sur l'étude de 678 cas* (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXVII, nº 1, Janvier 1929). — Cette étude est basée sur 678 cas d'ulcères gastro-duodénaux opérés entre 1919 et 1923 au Massachusetts General Hospital. Dans la plupart des cas, l'opération a consisté en une gastro-entérostomie postérieure, associée parfois à l'enfouissement ou à la résection. Parmi ces 678 cas, il y avait 393 ulcères duodénaux et pyloriques et 261 ulcères gastriques proprement dits; 24 fois il y avait coïncidence d'ulcère gastrique et d'ulcère duodénal chez le même malade. Dans 472 de ces cas on put obtenir des renseignements sur l'état des sujets deux ans et plus après l'opération.

Environ 11 pour 100 des sujets atteints d'ulcère duodénal présentaient un retour sérieux des symptômes au bout de deux ans, 14 pour 100 au bout de 4 ans, 19 pour 100 au bout de 6 ans, 15 pour 100 au bout de 8 ans et 14 pour 100 au bout de 10 ans. Les résultats pour les ulcères gastriques furent à peu près les mêmes, sauf que le pourcentage des récidives dans les groupes observés après 8 ans et après 10 ans se montra un peu plus élevé (19 pour 100 et 17 pour 100 respectivement). Les résultats en cas de coïncidence d'ulcère gastrique et d'ulcère duodénal furent généralement bons.

Si l'on exclut les cas de perforation aiguë, la mortalité opératoire fut de 6 pour 100 pour les ulcères duodénaux et de 9 pour 100 pour les ulcères gastriques.

Dans la seconde partie de ce travail les auteurs traitent des perforations aiguës et des opérations multiples. 24 ulcères duodénaux et 15 ulcères gastriques se perforèrent. La durée moyenne des symptômes antérieurs à la perforation fut de 8 ans, mais dans certains cas elle fut très brève ou même inexistante. Dans le groupe gastrique, tous les cas se produisirent chez de jeunes sujets tandis que dans le groupe duodénal la moitié étaient des individus d'âge moyen ou avancé. La mortalité immédiate atteignit 18,7 pour 100. Les résultats éloignés indiquent que le pronostic lointain est bien meilleur quand on a pu faire une gastro-entérostomie au lieu d'une simple fermeture. Toutefois une opération complexe ne doit pas être tentée si le risque est trop grand.

Parmi les 49 cas ayant subi plus d'une intervention, 32 avaient un ulcère duodénal lors de leur première opération et 17 un ulcère gastrique. La durée de l'amélioration des symptômes fut en moyenne d'un an et demi pour les ulcères duodénaux et d'un peu moins pour les ulcères gastriques. L'intervalle moyen entre les 2 opérations fut de 4 ans. Dans la grande majorité des cas le symptôme principal qui motiva la seconde opération fut la douleur, dans 5 cas ce fut l'hémorragie, dans 1 cas les vomissements. Parmi les cas opérés 2 fois, on trouva un ulcère gastro-jéjunal 14 fois. On constata cette variété d'ulcère chez 1,7 pour 100 des malades opérés au Massachusetts General Hospital. Les résultats de l'intervention dans ces ulcères furent généralement médiocres. Parmi les 35 autres malades ayant eu besoin d'une seconde opération, la moitié environ n'avaient pas eu une gastro-entérostomie lors de la première intervention. La gastro-entérostomie ultérieure donna d'ordinaire d'excellents résultats. Dans le groupe qui avait subi une gastro-entérostomie comme première intervention, les résultats de la seconde opération furent en général décevants.

Dans la 3e partie les auteurs confrontent les constatations préopératoires et opératoires avec les résultats éloignés. Ils insistent sur les points suivants : Plus d'hommes que de femmes atteints d'ulcères gastriques ont présenté des récidives graves, fait qu'on ne retrouve pas dans les ulcères duodénaux. Les malades les plus jeunes atteints d'ulcères duodénaux présentèrent plus fréquemment des récidives que les patients plus âgés. La durée moyenne des symptômes antérieurs à l'opération se montra dans les ulcères duodénaux 2 fois plus longue chez les malades qui demeurèrent guéris que chez ceux qui firent des récidives graves, ce qui indique nettement qu'un ulcère de longue durée donne de meilleurs résultats opératoires éloignés. Dans les ulcères gastriques ni l'âge des malades ni celui de l'ulcère ne permirent de tirer de conclusions quant au pronostic éloigné. Les résultats de l'opération furent meilleurs pour les ulcères duodénaux dans les cas présentant des

signes évidents de stase gastrique antérieurement à l'opération, ce qui ne semble pas dû à l'obstruction pylorique en elle-même, mais au fait qu'il s'agit alors de lésions chroniques et indurées, le type le plus favorable pour l'intervention. Aucun rapport ne fut mis en évidence entre l'acidité totale avant l'opération et les récidives ultérieures, sauf que chez les sujets qui firent plus tard un ulcère gastro-jéjunal il existait toujours une très forte acidité avant l'opération. Le petit ulcère pyloro-duodénal donna plus souvent des récidives que le vaste ulcère calleux. L'ablation de l'appendice associée à l'opération de l'ulcère pyloro-duodénal ne diminua pas la fréquence des récidives. P.-L. Marie.

H. F. Dunlap et W. S. Lemon. *La forme héréditaire d'œdème angioneurotique* (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXVII, n° 2, Février 1929). — La forme familiale de la maladie de Quincke est assez peu commune. Aux 21 exemples déjà connus, D. et L. en ajoutent un nouveau. La famille en question se compose de 24 membres représentant 4 générations. 8 sujets étaient atteints de façon certaine, 3 de façon seulement probable, d'œdème angioneurotique. 6 membres de la famille moururent subitement, 2 d'une crise d'œdème de la glotte, dont l'un après une injection de sérum, 2 de crises gastro-intestinales d'allure périodique précédées chez un des malades d'œdèmes cutanés, un autre d'une « hydropisie » subite dans la jeunesse, le dernier d'une cardiopathie. Un des malades a été particulièrement étudié par D. et L. Il présentait de grandes poussées d'œdème de siège varié, parfois pharyngo-laryngé, s'associant ou alternant avec des crises gastro-intestinales, caractérisées surtout par de violentes coliques, un état de dépression allant parfois jusqu'au collapsus, des sueurs et occasionnellement des nausées et des vomissements. Boyert qui a fait laparotomiser un cas de ce genre a trouvé du liquide teinté de sang dans la cavité abdominale et de l'œdème du jéjuno-iléon obstruant la lumière de l'intestin. Toutes les recherches entreprises par D. et L. sur le sang de ce malade ainsi que la capillaroscopie n'ont donné que des résultats négatifs, de même que les diverses cuti-réactions faites avec les aliments usuels. Seule, la masse sanguine s'est montrée un peu augmentée pendant les crises, mais de façon peu caractéristique.

D. et L. relatent ensuite 3 cas d'œdème angioneurotique non familial, en raison de quelques particularités bizarres (susceptibilité aux noix dans un cas avec œdème de la face et du pharynx et vomissements à chaque ingestion de noix, crises gastriques violentes dans un autre cas) et des recherches faites sur l'état des capillaires et sur la masse sanguine pendant la crise et en dehors d'elle, recherches dont on pouvait espérer quelques éclaircissements sur le mécanisme de production de l'œdème. Malheureusement, elles n'ont montré aucune différence notable avec les constatations faites chez les sujets normaux et chez ceux qui sont atteints de forme héréditaire d'œdème angioneurotique. P.-L Marie.

E. P. Richardson et P. D. White. *La sympathectomie dans le traitement de l'angine de poitrine; comparaison de ses résultats avec ceux de l'injection paravertébrale d'alcool* (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXVII, n° 2, Février 1929). — R. et W. ont, chez 8 malades atteints d'angine de poitrine, pratiqué diverses interventions, 11 au total, sur le sympathique cervical gauche : extirpation du ganglion cervical supérieur (5 cas), extirpation du même ganglion et du sympathique cervical jusqu'au niveau du premier ganglion thoracique (2 cas), extirpation du ganglion cervical inférieur et du premier ganglion thoracique (ganglion étoilé) (2 cas). Ils ont eu 2 morts opératoires, soit une mortalité immédiate de 25 pour 100. Celle-ci n'est que de 5,8 pour 100 dans la statistique de 120 sympathectomies pour angine de poitrine réunie par Cutler. Dans la série des auteurs elle eût pu être abaissée si l'anesthésie avait été mieux choisie. Chez ces malades, un bénéfice durable fut obtenu dans 4 cas, il pouvait être directement attribué à l'opération dans 3 cas. Dans un unique cas sur 5, l'extirpation du ganglion cervical supérieur seul procura une amélioration satisfaisante. Chez les deux autres malades qui bénéficièrent de l'intervention, les voies nerveuses efférentes provenant du cœur durent être réséquées sur une plus grande étendue.

Ces cas sont trop peu nombreux pour en tirer des conclusions générales; cependant il semble que ceux qui sont d'origine syphilitique offrent des risques opératoires plus grands et donnent des améliorations moindres que les cas d'origine artérioscléreuse. Autrement dit, il se peut que la douleur angineuse associée à la dilatation de l'aorte ou à l'insuffisance aortique soit moins aisée à améliorer par la sympathectomie que celle qui existe sans cette complication. En somme, R. et W. paraissent peu encouragés à continuer à pratiquer la sympathectomie. L'ablation du ganglion cervical supérieur seul donne des résultats trop aléatoires pour faire courir le risque opératoire aux malades. D'autre part, ils estiment les interventions plus étendues comme offrant des dangers trop grands au regard du bénéfice obtenu.

Aussi ont-ils eu recours aux injections paravertébrales d'alcool préconisées par Swetlow, faites au niveau des rami communicantes des racines des 5 nerfs thoraciques supérieurs gauches. Cette méthode a le désavantage d'être assez aveugle, et la moelle pourrait être lésée par une injection faite en mauvaise place ou par diffusion; aussi faut-il une grande expérience. Mais R. et W. n'en ont jamais constaté de mauvais effets, quoiqu'ils aient eu deux alertes immédiates (hypotension considérable, douleur intense probablement par irritation pleurale). Cette méthode est donc plus sûre que la sympathectomie. Du point de vue des résultats, l'avantage reste aussi aux injections. 8 cas, très semblables comme gravité aux cas opérés, ont été traités; 3 avaient une thrombose coronaire qui n'eût pas permis l'opération sans de grands risques. La douleur ne s'est reproduite que dans 2 cas; dans tous les autres elle a disparu depuis que les malades sont en observation (18 mois dans 1 cas). On peut répéter les injections s'il y a récidive, ce qui fut fait chez 2 malades avec un plein succès.

En définitive la méthode est très recommandable dans le traitement de l'angine de poitrine tenace rebelle aux médications usuelles et rendant la vie intolérable. Il ne semble pas y avoir de contre-indications. En cas d'insuccès, l'opération reste comme dernière ressource.

R. et W. ne croient pas que la suppression de la douleur, qu'on a critiquée, car elle représente pour certains auteurs un signal d'alarme pour le malade, pas plus que l'interruption réalisée dans le mécanisme nerveux du cœur, aient exercé des effets fâcheux sur l'évolution de la maladie.

P.-L. Marie.

SURGERY, GYNECOLOGY and OBSTETRICS (Chicago)

A. B. Kanavel, S. L. Koch et M. L. Mason (Chicago). ***Contracture de Dupuytren*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, tome XLVIII, n° 2, Février 1929). — Comme l'indique le sous-titre de l'article, ce mémoire très important contient une description de l'aponévrose palmaire, une revue générale sur l'affection et surtout une étude chirurgicale basée sur 29 cas traités opératoirement.

Forts de leur expérience, les auteurs croient que les facteurs essentiels de succès sont l'excision aussi complète que possible, non seulement de l'aponévrose rétractée, mais de toutes ses attaches à la peau des cloisons qui la relient à l'aponévrose interosseuse palmaire, aux métacarpiens et aux phalanges. Sans doute, on se trouve ainsi entraîné à réséquer une aponévrose apparemment normale ; ce n'est pas un désavantage, mais plutôt une sauvegarde contre la récidive. Il faut, en outre, exciser toute la peau malade et obtenir une réunion par première intention, soit par suture sans tension, soit par greffes.

Ils opèrent sous anesthésie locale, avec ou sans blocage des nerfs médian et cubital au poignet. L'hémostase préventive est faite par un garrot.

Suivant l'étendue des lésions, l'incision sera horizontale ou longitudinale; dans les cas même où la peau est trop adhérente et fatalement vouée à la nécrose après dissection, il vaut mieux la sacrifier d'emblée. La peau sera soigneusement disséquée et il faut éviter de la prendre entre les mors d'une pince ou de la rétracter avec un crochet trop aigu.

L'aponévrose mise au jour, on coupe l'aponévrose aussi haut que possible, près du poignet. En la rabattant, on divise peu à peu les adhérences profondes. Plus on s'approche des doigts, plus il faut prendre soin de ménager les nerfs digitaux qui sont souvent déplacés du fait de la rétraction. En bas, il faut réséquer avec soin les fibres profondes qui se rendent au ligament métacarpien transverse.

Pour suturer la plaie, on emploiera de fines aiguilles et un fil fin avec des agrafes de Michel pour maintenir les bords en éversion. La réunion par première intention est si importante qu'il faut exécuter avec un soin tout spécial l'affrontement, particulièrement difficile à la paume de la main.

Dans les cas où la réunion est impossible, il convient de combler la brèche avec une greffe libre comprenant toute l'épaisseur de la peau.

Les soins post-opératoires sont très importants.

Au début, les auteurs immobilisaient les doigts en extension pendant 2 ou 3 semaines. Maintenant ils n'immobilisent plus ainsi qu'en cas de raccourcissement marqué des tendons après longue durée de la maladie, et, au bout de 8 à 10 jours, l'extension n'est-elle plus qu'intermittente. Le traitement physique et les mouvements actifs des doigts doivent être entrepris dès qu'il n'y a plus de danger de déhiscence de la plaie.

Les agrafes seront enlevées au bout de 6 à 7 jours pour éviter toute nécrose, mais les sutures ne seront enlevées qu'au bout de 2 semaines à 2 semaines et demie; si l'on a employé de fines aiguilles et du fil fin, cela n'a aucun inconvénient.

Comme complications post-opératoires, K., K. et M. signalent parfois l'apparition, vers le 15e ou le 18e jour, d'un gonflement de la main avec rougeur, exigeant souvent un long temps pour disparaître et qu'on observe surtout dans les cas où il s'est fait un peu de nécrose de la peau.

Enfin, il n'est pas rare d'observer des troubles sensitifs pouvant aller jusqu'à l'anesthésie complète au niveau des doigts ou même de la partie inférieure de la main en cas d'incision transversale, même quand il est certain que les nerfs n'ont pas été sectionés. Jamais ces troubles n'ont été définitifs, mais ils ont parfois duré assez longtemps pour être une source d'anxiété pour le patient.

Tous les cas opérés ont été suivis, les plus anciens pendant 12 ans. Dans 20 cas sur 29, les résultats ont été bons au point de vue chirurgical et ont donné complète satisfaction aux opérés. Dans 2 cas, des nodosités palmaires apparurent à quelque distance de la plaie un an après l'opération; elles furent enlevées par une deuxième opération et les opérés sont restés guéris. 5 cas ont donné un résultat moins bon et 2 cas un résultat insuffisant.

M. Guibé.

G. Van S. Smith et M. K. Bartlett (Boston). ***Tumeurs malignes du sein chez la femme : étude clinique et pathologique de 234 cas*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, tome XLVIII, n° 3, Mars 1929). — Il s'agit d'un article de statistique portant sur 234 cas de tumeurs malignes du sein, dont 2,9 p. 100 de sarcomes.

Environ 60 pour 100 des malades étaient âgées de 45 à 65 ans. On trouvait des antécédents familiaux de cancer dans 16,7 pour 100 des cas. 9 malades avaient déjà subi une opération sur le sein, dont une probablement pour cancer.

La moyenne des enfants pour les femmes mariées était de 2 à 3; 23,9 pour 100 n'avaient eu qu'un seul enfant et au moins 36,7 p. 100 n'avaient jamais nourri.

Le symptôme qui amenait les malades avait été à

peu près toujours la découverte d'une tumeur dans le sein. La durée moyenne des symptômes était habituellement de 2 ans. Chez 7 malades, le début datait de plus de 7 ans; probablement il s'agissait d'une tumeur bénigne ayant précédé le cancer.

Dans les cas non opérés la durée de la maladie fut de 12 mois à 7 ans et 3 mois.

La mortalité opératoire fut de 1,3 pour 100.

Sur les opérées, 53 pour 100 étaient en vie au bout de 3 ans, 36,9 au bout de 5 ans, et 25,7 au bout de 7 ans. Sur 13 opérées ayant survécu plus de 10 ans, 2 moururent de récidives 11 et 12 ans après l'opération. Les guérisons obtenues au bout de 3 et de 5 ans étaient aussi nombreuses pour les amputations simples que pour les opérations radicales, mais au bout de 7 ans les résultats étaient moins bons. Mais il s'agit probablement là d'une simple coïncidence qui ne saurait permettre de préconiser l'opération simple à la place de l'opération radicale.

Le degré de malignité peut être déterminé par l'examen histologique.

Un pronostic approximatif peut être établi d'après la date du début, l'état des lésions, l'absence ou la présence de ganglions axillaires et l'habileté de l'opérateur. La survie au bout de 7 ans est de 83,3 pour les bons cas; elle n'est plus que de 28,6 et de 8,6 pour 100 dans les cas où il existe des ganglions axillaires.

Un traitement radiothérapique post-opératoire améliore les résultats, quel que soit l'état de la malade.

Dans 6 cas sur les 7 sarcomes, on trouva un adénofibrome intracanaliculaire ou péricanaliculaire associé à la tumeur maligne.

Quoique la mastite chronique se rencontre à peu près constamment dans le cancer du sein, elle n'a pas avec lui de relation étiologique.

M. Guibé.

J. H. Globus et L. J. Doshay (New-York). ***Dilatations veineuses et autres altérations des vaisseaux intraspinaux, y compris les angiomes vrais, avec signes et symptômes de compression de la moelle*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. XLVIII, n° 3, Mars 1929). — Quoique les dilatations anévrismales, les angiomes veineux des vaisseaux intraspinaux passent pour extraordinairement rares, et contrairement à l'opinion de Bruns, d'après qui ils n'atteignent jamais un volume suffisant pour provoquer des signes cliniques, Gl. et D. ont pu réunir 28 cas vérifiés se rapportant à cette variété de lésions vasculaires intraspinales avec signes de compression médullaire.

Les dilatations des veines spinales n'ont pas de signes distincts qui permettent d'identifier le caractère vrai de la lésion. La plupart du temps, elles simulent cliniquement de très près les tumeurs extra-médullaires, y compris même les signes d'irritation radiculaire. Elles en diffèrent cependant parce que très fréquemment elles présentent des signes atypiques dus à la dissémination des lésions, à l'envahissement de la moelle et à l'absence de blocage sous-arachnoïdien par les épreuves manométriques ou par l'injection de lipiodol.

Aussi dans un cas présentant des signes de compression médullaire avec ou sans signes atypiques d'envahissement direct de la moelle, sans signes de blocage sous-arachnoïdien survenant chez un individu d'âge adulte avancé, on doit penser à une dilatation veineuse des vaisseaux intraspinaux et la discuter.

En pareil cas, une laminectomie exploratrice est indiquée. Mais il ne faut pas oublier que les cas ne sont pas rares dans lesquels des zones étendues de substance grise et blanche de la moelle sont envahies par les vaisseaux dilatés et ont subi des lésions dégénératives. Si donc une laminectomie exploratrice découvre des veines dilatées à la surface de la moelle, il faut examiner soigneusement le canal rachidien pour s'assurer qu'il n'y a pas d'extension de la lésion dans la moelle et qu'il n'y a pas une tumeur médullaire à un niveau plus élevé. S'il y a une extension des altérations veineuses jusque dans la substance médullaire, on se contentera de la décompression, car un traitement plus radical (ablation partielle ou totale des vaisseaux) peut entraîner une terminaison fatale, tandis que la décompression est susceptible de donner des résultats sastisfaisants.

Au point de vue étiologique, deux facteurs joueraient un rôle : d'abord une lésion dégénérative plus ou moins généralisée des vaisseaux (phlébosclérose), puis une cause occasionnelle (posture anormale, processus inflammatoire, tel que méningite, activité musculaire excessive, traumatisme, etc.) qui, gênant la circulation en retour du sang, provoque les altérations anatomiques.

Il existe des cas où il s'est agi d'anévrisme artériel ou artério-veineux des vaisseaux intraspinaux : nettement isolables au point de vue morphologique, ces lésions se confondent absolument avec les précédentes au point de vue clinique.

Le dernier groupe rassemble toute une série de lésions comprises sous le terme général d'hémangiomes. Cliniquement, les angiomes vrais tendent à donner des signes très discrets de compression médullaire. Il est très difficile, sinon impossible, d'établir un diagnostic clinique entre les angiomes de localisation diverse. Parfois la radiographie montrera de la raréfaction osseuse en cas d'angiome vertébral. En cas de renseignement négatif par la radiographie, une laminectomie est indiquée, car si on rencontre un angiome extramédullaire ou extradural, son ablation est possible, suivie de la possibilité d'une guérison définitive. Ne pas oublier toutefois que les angiomes vertébraux peuvent donner des accidents par suite d'hémorragie.

M. Guibé.

THE JOURNAL of BONE AND JOINT SURGERY (Boston)

H. Earle Conwell (Favihelst-Alabama). ***Fracture du cartilage thyroïde*** (*The Journal of Bone and Joint Surgery*, tome XI, n° 1, Janvier 1929). — L'auteur rapporte l'observation d'une fracture du cartilage thyroïde dont la guérison se fit sans incident et ne laissa point de séquelles.

Il s'agit d'un homme de 31 ans qui, au cours d'une partie de base-ball, reçoit sur le cartilage thyroïde une balle lancée à toute volée. On l'amène d'urgence quelques minutes après, le 6 Juillet 1928, à l'hôpital. A l'examen, le cou est long, le cartilage thyroïde saillant; autour du cartilage, gonflement marqué et vive sensibilité des parties molles; douleur très violente dans le cou au moindre mouvement du cou ou de la tête; grosse difficulté à avaler; respiration légèrement gênée; comme traitement, on laisse le malade au lit avec la tête, le cou et les épaules surélevées; vessie de glace en avant du cou jusqu'à disparition presque complète du gonflement; morphine; un peu de glace à sucer pendant les premières heures; par suite, boissons froides. Le blessé sort de l'hôpital le 13 Juillet 1928. On le suivit pendant 2 mois : 10 semaines après l'accident, le résultat était excellent.

Les cas de fractures du larynx sont relativement rares. C'est le cartilage thyroïde qui est le plus souvent atteint. Il faut attribuer une grosse importance aux lésions des parties molles adjacentes : ce sont elles qui conditionnent le pronostic. Le pourcentage des cas mortels est très élevé puisque, pour certains auteurs, il atteint 75 p. 100. La mort habituellement est due à l'asphyxie; dans quelques cas le malade meurt de complications pulmonaires, l'asphyxie est secondaire et amène la mort avant qu'on puisse intervenir.

L'emphysème du cou est un symptôme grave. Le malade doit rester au repos au lit sous une surveillance de tous les instants parce qu'il est des cas où l'œdème et l'asphyxie ne sont apparus que plusieurs jours après l'accident. A tout instant, on doit être prêt à pratiquer une trachéotomie (généralement une trachéotomie basse) que l'on fera aux premiers signes de dyspnée et de cyanose. Localement on mettra de la glace et on laissera le malade au repos vocal absolu. Les liquides seront donnés par voie sous-cutanée ou par goutte à goutte rectal.

Albert Mouchet.

JAPANESE JOURNAL OF DERMATOLOGY & UROLOGY

Watanabe. ***La lymphangite filarienne du cordon et le lymphome des ganglions inguino-fémoraux*** (*Japanese Journal of Dermatology and Urology*, tome XXIX, n° 1, Janvier 1929). — Sur 9 cas de filariose observés à la clinique de Nagasaki, W. a noté 7 cas de lymphangite du cordon; cette lymphangite apparaît habituellement à la suite d'un effort, subitement, et s'accompagne de douleurs dans la région inguinale et les bourses. Une hydrocèle apparaît, contenant un liquide jaune clair ou un peu trouble. La fièvre fait ordinairement défaut. Le symptôme capital est la présence de nodosités lymphangitiques, surtout unilatérales, situées sur la partie antéro-externe du cordon, au-dessus de la tête de l'épididyme. Les nodosités sont arrondies ou ovalaires, dures, de la grosseur du petit doigt ou du pouce; on en trouve parfois sur la capsule ou même dans le parenchyme de l'épididyme.

Dans ces cas, le diagnostic est difficile avec l'épididymite tuberculeuse ou gonococcique. Le diagnostic se base surtout sur l'éosinophilie sanguine et la présence de microfilaires dans le sang.

La principale altération histologique des nodosités consiste dans la dilatation de la lumière des vaisseaux lymphatiques qui contiennent des filaires de Bancroft; il existe en outre un épaississement des parois vasculaires et une infiltration de cellules lymphatiques autour des vaisseaux lymphatiques.

W. a observé un cas de *lymphome filarien* chez un garçon de 12 ans qui présentait depuis un an deux tumeurs élastiques, mobiles, nettement limitées et dépressibles à la pression au niveau de la région inguinale. De nombreuses microfilaires existaient dans le sang. Au microscope, on trouva une dilatation kystique de la région hilaire comprimant la substance médullaire qui contenait de nombreux fibroblastes, des cellules épithélioïdes, des plasma et mastzellen, des capillaires néoformés entourés de lymphocytes; dans la lumière kystique, on voyait de nombreux embryons de *Filaria Bancrofti*. Dans la région corticale existaient des nodosités secondaires épithélioïdes.

R. Burnier.

LA SEMANA MEDICA (Buenos Aires)

R. Finochietto. ***Les kystes hydatiques du poumon [face médiastinale]*** (*La Semana medica*, 21 Mars 1929, n° 12). — Les kystes hydatiques de la face interne du poumon sont relativement rares. L'auteur a pu en réunir 4 cas qu'il a opérés et insiste sur les difficultés du diagnostic et du traitement.

Le diagnostic est à faire avec les autres tumeurs du médiastin. Le meilleur signe radiologique consiste dans la mobilité de la tumeur avec les mouvements d'expiration et d'inspiration. On comprend néanmoins que ce signe ne vaut que dans le cas où le kyste est exempt de toute adhérence avec les organes voisins; dans l'alternative contraire, le diagnostic est pour ainsi dire impossible.

Les interventions, en cas de kystes évoluant vers la partie antérieure du médiastin, empruntent l'incision juxta-sternale. Les kystes postérieurs (2 cas) ont été abordés par l'incision et avec la technique de Lilienthal, qui ont donné à l'auteur toute satisfaction. S'il n'y a pas d'adhérences, l'opération est relativement simple; en cas d'adhérences, il faut ouvrir largement la plèvre. F. eut la chance de tomber les deux fois sur des kystes interpleuro-pulmonaires dans lesquels ne s'abouchait aucune bronchiole; il put ainsi refermer sans laisser de drainage.

M. Nathan.

RÉPERTOIRE DE MÉDECINE PRATIQUE

Un classeur des **Répertoires de Médecine pratique** *est en vente à nos bureaux au prix de : France et étranger,* **9** *francs (envoi franco).*

(N° 496)

Les empyèmes enkystés chez l'enfant

Depuis quelques années, après les travaux remarquables de E. Sergent, F. Bezançon, A. Lemierre et leurs élèves sur les abcès du poumon, on semble mettre en doute l'existence des pleurésies enkystées interlobaires ou extra-lobaires. A deux reprises (*Soc. méd. des Hôpitaux*, 25 Mars 1927; *Soc. de Pédiatrie*, 19 Février 1929), j'ai revendiqué, sur le terrain de la médecine infantile, une plus large part en faveur des empyèmes enkystés. Car, sur 1.832 autopsies faites en vingt-cinq ans dans les hôpitaux d'enfants, je n'ai pas rencontré un seul abcès du poumon. Déjà Trousseau, en vingt-cinq ans également, chez l'adulte, disait n'en n'avoir pas rencontré un seul cas et, avant lui, Laennec insistait sur la rareté de l'abcès pulmonaire. Sans doute, si l'on englobait, dans les abcès du poumon, les foyers tuberculeux caséifiés et suppurés, les abcès gangreneux, les vacuoles broncho-pneumoniques, les abcès métastatiques, on pourrait proclamer leur fréquence.

Quant à la *pleurésie interlobaire*, elle est beaucoup moins rare qu'on ne l'a dit. Sur 126 empyèmes personnellement traités ou observés, j'en ai noté 10 interlobaires (3 reconnus pendant la vie, 7 à l'autopsie). La plupart de ces foyers purulents étaient à pneumocoques. Les empyèmes enkystés extra-lobaires sont encore plus fréquents, les épanchements pneumococciques, très épais et fibrineux, ayant chez les enfants une grande tendance à se localiser et à s'enkyster; cette tendance se marque aussi dans d'autres séreuses (le péritoine par exemple). L'on peut trouver de ces petits foyers enkystés à tous les étages du poumon, soit primitivement, soit à la suite le plus souvent d'une pneumonie ou d'une broncho-pneumonie.

Les empyèmes enkystés superficiels, comme les empyèmes enkystés profonds, interlobaires, peuvent guérir spontanément par vomiques ou par simple ponction évacuatrice et même exploratrice. A plusieurs reprises, nous avons dû à ces ponctions une terminaison favorable. Chez une fillette de 4 ans (*Arch. de Méd. des Enfants*, 1906) atteinte de pleurésie interlobaire à gauche, la guérison fut obtenue après une seule ponction évacuatrice (200 gr. de pus à pneumocoque). Dans plusieurs cas de pleurésies purulentes enkystées superficielles, de pleurésies « en galette », une simple ponction exploratrice avec soustraction de 1 cmc de pus a été suivie de résorption de l'épanchement. Chez un garçon de 3 ans, par contre, le Dr Baltus (*Arch. de Méd. des Enfants*, 1899), après plusieurs ponctions blanches, a vu la pleurésie interlobaire gauche guérir spontanément par vomique.

Ces cas montrent, outre la fréquence des empyèmes enkystés métapneumoniques chez les enfants, l'utilité de savoir attendre, de ne pas intervenir chirurgicalement trop tôt, car on peut être trompé par les signes physiques, y compris la radiologie. Chez un nourrisson que nos collègues Grégoire, Ribadeau-Dumas et Marin nous avaient fait examiner, la radiographie avait donné l'image d'un abcès pulmonaire dont la pneumotomie démentit l'existence. Dans beaucoup de cas, l'expectation armée est de rigueur.

Chez un garçon de 4 à 5 ans que nous allions opérer avec les Drs Burlureaux et Désesquelle parce qu'une ponction évacuatrice nous avait donné un flot de pus à pneumocoque, ayant voulu nous assurer, avant l'anesthésie et la pleurotomie, de la persistance de l'épanchement, les ponctions exploratrices, à notre grande surprise, ne ramenèrent aucun liquide, et l'enfant guérit de son empyème enkysté sans autre intervention. Là encore, il s'agissait d'empyème enkysté métapneumonique et non d'abcès du poumon.

1° Il faut aborder l'étude des empyèmes enkystés infantiles dans un esprit plus médical que chirurgical : ne pas se hâter d'intervenir, s'abstenir est la conduite la plus sage;

2° La radiographie n'étant pas infaillible, se guider sur la ponction exploratrice venant confirmer ou infirmer les signes plessimétriques et stéthoscopiques;

3° Positive, la ponction sera évacuatrice : on retirera le pus collecté, généralement en faible quantité. Après avoir obtenu péniblement quelques grammes de pus, on n'en conclura pas à la nécessité d'une pleurotomie immédiate; on attendra dans l'espoir d'une résorption spontanée ou d'une vomique;

4° En présence de fièvre oscillante, rémittente ou intermittente, avec état général mauvais, on sera autorisé à procéder chirurgicalement (pleurotomie avec ou sans résection costale) en se guidant sur l'aiguille exploratrice;

5° Le traitement général ne sera pas négligé : hygiène alimentaire, aération, héliothérapie, actinothérapie. Nous n'avons pas abordé la question des injections modificatrices, des vaccins, des sérums, de l'optochine.

J. Comby.

RÉPERTOIRE DE MÉDECINE PRATIQUE

Un classeur des **Répertoires de Médecine pratique** *est en vente à nos bureaux au prix de : France et étranger,* **9** *francs (envoi franco).*

(N° 497)

Traitement de la maladie de Basedow

La maladie de Basedow est caractérisée par l'association de deux éléments : dysthyroïdie et névrose sympathique.

La dysthyroïdie et plus particulièrement l'hyperthyroïdie, détermine chez les prédisposés (sympathicotoniques) le complexus basedowien plus ou moins complet (goitre, exophtalmie, tremblement, tachycardie, hyperémie, etc.) par excitation des centres des terminaisons sympathiques (névrose sympathique).

La névrose sympathique (la sympathicotonie), par les hyperémies, en particulier thyroïdienne et adrénalique, qu'elle détermine, tend à aggraver la déviation. Ainsi se trouve réalisé un cercle vicieux physiopathologique.

Le problème thérapeutique consiste à rompre ce cercle vicieux — dysthyroïdie, sympathicotonie — en redressant le fonctionnement sécrétoire thyroïdien et en calmant l'hypersthénie sympathique.

1° Rechercher d'abord avec soin les *foyers toxi-infectieux* (amygdales, nez, sinus, cavum, dents, tube digestif, organes génitaux: syphilis) parfois *basedowigènes*;

2° *Eviter les excitants* (thé, café, tabac, alcool). *Repos absolu* pendant un certain temps;

3° *Eviter en tout cas le surmenage*, les émotions, les passions;

4° Dans les cas graves, *isolement, psychothérapie*;

5° *Régime surtout lacto-végétarien* et fruitarien. Peu de viande, poisson, charcuterie;

6° Tous les mois prendre, pendant huit jours, le matin à jeun, un verre d'eau de Vichy chaude additionnée d'une cuillerée à café de sulfate de soude;

7° *Hydrothérapie chaude* :

Douches tièdes, 25-30 secondes;

Bains chauds, 25-30 minutes;

8° Appliquer sur le goitre, matin et soir, pendant une heure, une *compresse imbibée d'eaux mères de Salies-de-Béarn* additionnées d'égale partie d'eau très chaude;

9° *Galvanisation du goitre* : pôle positif dorsal; pôle négatif sur le goitre. Imbiber les électrodes d'une solution salicylée à 5 p. 100, 50 à 80 milligr.; 20-30 minutes; 3 séances par semaine, 3 mois de traitement au moins;

10° *Radiothérapie* à doses modérées et espacées (améliore les troubles cardiaques, l'éréthisme nerveux et les troubles généraux, puis le volume du cou diminue; l'exophtalmie est la moins facilement influencée);

11° Pendant une semaine, prendre chaque jour 3 cuillerées à café d'*hémato-éthyroïdine*, loin des repas, dans un peu d'eau; la semaine suivante, 3 cuillerées à dessert par jour et, la troisième semaine, 3 cuillerées à soupe par jour;

12° Ensuite prendre, pendant dix jours, chaque jour 2 cachets de 0 gr. 10 de *poudre d'hypophyse*.

Ou, mieux, faire chaque jour, pendant 10 jours, une injection sous-cutanée de post-hypophyse;

13° Ou bien, chez les femmes qui présentent de l'insuffisance ovarienne, donner, pendant dix jours, chaque jour 3 cachets de 0 gr. 10 d'*extrait ovarien*;

14° A la place ou à la suite des traitements précédents, donner :

Bromhydrate de quinine	0 gr. 50

pour 1 cachet. 2 ou 3 par jour pendant quinze jours;

15° Et pendant les quinze jours suivants :

Salicylate de soude	15 gr.
Bicarbonate de soude	10 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères	50 gr.
Eau	250 gr.

Une cuillerée à soupe à chacun des trois repas;

16° Ensuite, pendant dix jours, une cuillerée à soupe de *valérobromine* à chaque repas;

17° Pendant les dix jours suivants, faire chaque jour une injection sous-cutanée de 0 gr. 05 de *cacodylate de soude*;

18° *En cas de syphilis*, traitement spécifique : *Hg et As*;

19° *En cas de tachycardie accentuée* avec faiblesse du myocarde, prendre de la *digitaline* à petites doses : III à V gouttes par jour, pendant dix jours.

Ou bien un *granule de 1 milligr. de sulfate d'ésérine* : 2 à 3 par jour;

Ou bien des comprimés de quinine de 0 gr. 20 : 3 à 5 par jour;

20° Faire une *cure hydrominérale* à Ussat-les-Bains ou à Divonne;

21° En cas d'échec du traitement médical, recourir à une *intervention chirurgicale* dans les cas graves :

Résection bilatérale du grand sympathique cervical;

Ou bien ligature des artères thyroïdiennes, ou thyroïdectomie partielle.

A. Lutier.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MÉDECINE

(Paris)

P. Teissier, J. Reilly et E. Rivalier. ***Le mode d'action de la vaccinothérapie spécifique; essai d'interprétation*** (2e et 3e mémoires). (*Annales de Médecine*, tome XXV, nº 3, Mars 1929). — Dans leur 2e mémoire, T., R. et R. donnent une étude expérimentale de la vaccinothérapie spécifique au cours de la fièvre de Malte, des méningococcies et des infections staphylococciques.

Ils présentent ensuite, dans un 3e mémoire, une synthèse des résultats obtenus.

C'est dans l'existence de modifications humorales, et notamment dans l'état de sensibilisation, acquis ou non au cours des différentes infections envisagées, qu'il faut chercher la raison du caractère, tantôt spécifique, tantôt banal, de la vaccinothérapie. La question non encore résolue est de savoir si cette hypersensibilité résulte de la formation d'anticorps (lysines de Nicolle) et traduit une interaction antigène-anticorps.

Il n'est de vaccinothérapie spécifique que dans la mesure où l'organisme est sensibilisé vis-à-vis de l'antigène homologue. Pour que la faible dose d'antigène injecté (et c'est le cas de tout vaccin constitué par une émulsion microbienne) puisse avoir un effet spécifique, et ultérieurement thérapeutique, il est nécessaire que le sujet ait acquis l'état d'intolérance qui suscitera l'éclosion de phénomènes réactionnels, lors de sa moindre introduction.

Le résultat thérapeutique est en relation étroite avec l'étendue des phénomènes généraux provoqués par le vaccin. Le mode d'action de la vaccinothérapie spécifique réside dans la provocation de phénomènes inflammatoires dus à la nocivité que possède l'antigène pour un organisme infecté et devenu intolérant à son égard. Si bien que la méthode pourrait être indifféremment dénommée : antigénothérapie spécifique (M. Nicolle) ou encore protéinothérapie spécifique. Elle se borne à utiliser judicieusement un état d'allergie qui, sous son influence, va rapidement décroître, et parfois même céder entièrement. Guérison, désensibilisation, élévation du taux des anticorps, sont les trois termes finaux du processus mis en jeu par la protéinothérapie spécifique, et dont il est possible, expérimentalement, de faire varier les rapports respectifs dans le temps et d'affirmer, par conséquent, l'indépendance. L'injection d'antigène microbien homologue s'efforce de provoquer artificiellement une crise. Et le problème du mode d'action de la vaccinothérapie spécifique rejoint celui de la protéinothérapie.

Ce sont les germes les plus sensibles aux actions lytiques dont la vaccinothérapie combat le plus aisément les méfaits. C'est une des raisons pour lesquelles les infections capables de guérir par cette méthode sont également les plus accessibles aux traitements chimiothérapiques actuels.

Pour que la vaccinothérapie soit efficace, il faut que l'infection évolue depuis un certain temps déjà. L'intradermo-réaction renseignera sur la capacité réactionnelle du malade et par conséquent sur le moment favorable. Plus le sujet manifestera d'intolérance vis-à-vis de l'antigène microbien homologue, plus les effets curatifs seront marqués. La réussite de la méthode suppose un groupement de certaines opportunités, qu'envisagent les auteurs et qui varient suivant les malades.

Il faut employer des doses d'antigène suffisantes pour provoquer l'apparition ou l'exacerbation de la fièvre, accompagnée de quelques symptômes généraux. Mais il ne faut pas dépasser le but, et, pour cela, il convient de pratiquer la veille de l'injection, et avec le même vaccin, une intradermo-réaction qui renseignera sur le degré de sensibilisation du malade, et, jointe aux indications de la clinique, permettra de fixer la quantité d'antigène à inoculer pour obtenir l'effet réactionnel voulu. En matière de vaccinothérapie spécifique, il ne saurait exister une posologie déterminée d'avance.

Le renouvellement des injections doit également tenir compte de la désensibilisation. Il faut augmenter rapidement les doses et suspendre le traitement aussitôt le résultat thérapeutique obtenu. Eviter les injections dites de consolidation, qui risquent d'amener une désensibilisation excessive, qui aurait l'inconvénient, en cas de rechute toujours possible, de rendre inopérante la reprise de la vaccinothérapie.

T., R. et R. précisent ensuite les conditions auxquelles doivent satisfaire les préparations de vaccins microbiens. Elles doivent avoir une haute valeur antigénique, permettant, même chez des sujets faiblement sensibilisés, d'assurer la provocation de phénomènes phlegmasiques. Cette propriété antigène est la plus fragile : plus le microbe s'accoutume mal aux milieux artificiels, plus vite on la voit disparaître.

Cette atténuation rapide explique la supériorité des autovaccins sur les stocks-vaccins et montre l'intérêt, lors de la préparation des stocks-vaccins, de rejeter systématiquement l'emploi de vieilles souches microbiennes.

Les méthodes de vaccinothérapie spécifique recherchent des vaccins agressifs, mais dont, à tout moment de l'évolution morbide, elles mesurent l'étendue d'action. La part si importante qu'elles laissent à l'organisme dans la lutte engagée avec le microbe qui l'assaille explique la fréquence des insuccès et la raison pour laquelle leur avenir est borné. « Destinées demain à disparaître avec les progrès de la chimiothérapie, elles laisseront le souvenir d'une médication, ici remarquable, là décevante, toujours délicate à manier, parce que son sort est lié à la physio-pathologie des infections microbiennes dont actuellement l'étude est à peine ébauchée. »

L. Rivet.

REVUE DE MÉDECINE

(Paris)

G. Zeliony. ***Effets de l'ablation des hémisphères cérébraux*** (*Revue de Médecine*, tome XLVI, nº 2, 1929). — Sur 2 chiens, Z. a enlevé les hémisphères cérébraux en 2 temps, en laissant les noyaux gris centraux relativement intacts. Le 1er chien a survécu 1 an, le 2e, 4 ans.

Après l'ablation des deux hémisphères, les chiens purent marcher 5 jours après, mais, alors que le 2e chien pouvait lamper le lait dès le 2e jour, le 1er garda des troubles de déglutition pendant plus d'une semaine.

Les organes des sens ne semblent pas avoir été modifiés par l'intervention, bien que les réactions aux excitations soient d'intensité variable. L'audition, le contact du froid, le goût, la vision, l'olfaction ont persisté.

La plupart du temps, les chiens dormaient. Seuls la faim, le besoin de miction ou de défécation provoquait le réveil. L'un des chiens jouait volontiers. L'excitation sexuelle persista. Ils réagissaient à la colère, à la peur, à la joie comme des chiens normaux. On réussit à provoquer la sécrétion psychique du suc gastrique avec des repas fictifs. Les réflexes conditionnés ont persisté.

L'examen histologique du cerveau fut fait après la mort. Il persistait des fragments du néopallium. Une partie des lobes olfactifs antérieurs étaient restés, les bulbes olfactifs étaient enlevés, des deux côtés. Il existait une hypertrophie du lobe parolfactif. De l'archipallium, subsistaient de petits fragments de la corne d'Ammon.

Les parties sous-jacentes au pallium étaient presque intactes.

Robert Clément.

Grain. ***La céphalée du cornet moyen*** (*Revue de Médecine*, tome XLVI, nº 2, 1929). — L'étage inférieur et l'étage moyen de la fosse nasale sont nettement distincts au point de vue anatomique, physiologique et pathologique.

Dans l'étage moyen, les réactions pathologiques revêtent un caractère à part en rapport avec les réactions des éléments muqueux ou osseux et aussi avec l'innervation particulièrement riche.

Au milieu du syndrome ethmoïdal, la céphalée se détache par son allure spéciale et déroutante.

On peut avoir l'hypertrophie de la muqueuse simple ou compliquée de dégénérescence; des suppurations ethmoïdales ; l'hypertrophie osseuse de la tête du cornet moyen, simple ou compliquée de dégénérescences localisées à la tête du cornet et généralisées à l'ethmoïde.

La céphalée du cornet moyen a le triple caractère d'être unilatérale, permanente et tenace. D'intensité variable, elle s'accompagne souvent de symptômes accessoires tels que l'inaptitude au travail, le défaut de l'attention par fatigue oculaire rapide, l'asthénie générale, l'insomnie.

C'est une céphalée réflexe type à excitation constante, donc à réaction constante. La céphalée sera déclenchée chaque fois que les filets nerveux du cornet moyen seront excités.

Toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'un malade se plaignant d'une céphalée unilatérale et permanente, on devra chercher son origine dans la fosse nasale correspondante et l'on trouvera souvent une des causes suivantes : dégénérescences polypoïdes de la tête du cornet moyen; dilatation ampullaire de la tête du cornet moyen; déviation haute de la cloison; épine osseuse irritative de la cloison.

Le traitement est exclusivement chirurgical : résection simple de la tête du cornet moyen.

Robert Clément.

ARCHIVES DE MEDECINE DES ENFANTS

(Paris)

G. Mouriquand, M. Bernheim, R. Puig et H. Crevat. ***Oedèmes néphrosiques et néphrose lipoïdique chez l'enfant*** (*Archives de Médecine des Enfants*, tome XXXII, nº 4, Avril 1929). — A la pathogénie des œdèmes brightiques, la plus généralement adoptée en France, qui fait des altérations rénales le substratum du syndrome œdémateux, s'oppose la *théorie extra-rénale*. Ici l'origine de l'œdème n'est plus cherchée dans les modifications pathologiques du filtre rénal, mais dans un trouble du métabolisme portant principalement sur les protéines du sang.

Cette conception, développée avec talent par Chabanier et ses collaborateurs (*La Presse Médicale*, 24 Septembre 1927), a déjà fait à l'étranger l'objet de nombreux travaux.

Depuis longtemps, les Allemands opposaient les lésions dégénératives aux lésions inflammatoires du rein, les secondes traduisant l'existence d'une *néphrite*, les premières d'une *néphrose* (Muller 1907). Munk et surtout Volhard, qui rendirent classique, outre-Rhin, ce terme de néphrose, montrèrent que le substratum de cet état consiste dans un trouble diffus du métabolisme, retentissant secondairement sur le rein, sous forme d'altérations du type dégénératif.

Parmi ces *néphroses*, il est un type qui a particulièrement attiré l'attention; c'est celui isolé par Epstein sous le nom de *néphrose chronique* et que Munk appelle *néphrose lipoïdique*.

Le cas rapporté dans cet article en est un exemple schématique. Un enfant de 4 ans se présente avec de gros œdèmes, des urines peu abondantes et une forte albuminurie. C'est le tableau classique d'une néphrite chlorurémique. En raison de l'ascendance tuberculeuse, on pense qu'il s'agit d'une néphrite tuberculeuse, quoique l'examen radiographique du thorax, l'inoculation des urines, aient donné un



· CROISSANCE · RACHITISME · SCROFULOSE · DIABÈTE ·

· CARIE DENTAIRE · TROUBLES DE DENTITION

TRICALCINE

OPOTHÉRAPIQUE



Dragées inaltérables_Sans odeur d'une conservation parfaite

LA VÉRITABLE MARQUE

LA **RECALCIFICATION**
associée à
L'OPOTHÉRAPIE
par la
TRICALCINE
OPOTHÉRAPIQUE
A BASE DE SELS CALCIQUES RENDUS ASSIMILABLES
ET
D'EXTRAITS TOTAUX PLURIGLANDULAIRES
, Parathyroïdes, Moelle osseuse
Surrénales, Thymus, Foie, Rate
FIXANTS du **CALCIUM**

TUBERCULOSE PULMONAIRE OSSEUSE PERITONITE TUBERCULEUSE
RACHITISME, SCROFULOSE, CROISSANCE ANÉMIE
CARIES DENTAIRES, FRACTURES, ASTHÉNIE CONVALESCENCES
et en particulier
*Tous les Etats de **Déminéralisation***
*avec **Déficience** des **Glandes Endocrines***

Littérature et Echantillons à MM^rs les Docteurs
Laboratoire des Produits SCIENTIA _ Dr E. PERRAUDIN Pharmacien de 1re classe
21, Rue Chaptal_PARIS (IXe Arr^t)

J. Scelles

· DYSPEPSIE NERVEUSE · TUBERCULOSE ·

résultat négatif. Malgré le régime déchloruré, la théobromine, les œdèmes persistent. On élargit alors le régime alimentaire et on essaie même de donner de la viande. Loin d'aggraver l'état de l'enfant, cette diététique l'améliore ; l'albumine diminue considérablement. On pense alors à la possibilité d'une néphrose et les examens de laboratoire confirment cette idée.

Le sérum sanguin est très lactescent; il existe de l'hypercholestérinémie et les albumines du sérum sont très diminuées.

Sous l'action du régime hyperazoté et de l'extrait thyroïdien, les œdèmes disparaissent, l'amélioration s'accentue de jour en jour. L'enfant paraît actuellement cliniquement guéri. G. Schreiber.

ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE
(Paris)

F. Terrien, P. Sainton et P. Veil. ***Cataracte héréditaire familiale et myopathie*** (*Archives d'Ophtalmologie*, tome XLVI, nº 4, Avril 1929). — Les auteurs publient l'observation détaillée d'un malade atteint de myopathie, avec atrophie musculaire très accentuée, ayant débuté à l'âge de 20 ans par les membres inférieurs. Tous les réflexes tendineux sont abolis, la sensibilité est intacte. Du point de vue oculaire, le malade est atteint d'amblyopie de l'œil droit qui a été opéré de strabisme convergent. L'œil gauche a été normal jusqu'à l'âge de 29 ans, puis son acuité a baissé progressivement. On constate à l'éclairage oblique l'existence d'une cataracte. L'examen à la lampe à fente montre l'intégrité du noyau et la présence, dans les couches superficielles du cortex antérieur, de petites opacités blanches punctiformes; les couches superficielles du cortex postérieur sont troubles uniformément avec quelques opacités radiaires. Cet aspect particulier du cristallin se retrouve aux deux yeux.

Dans les antécédents héréditaires, on ne retrouve aucun cas de myopathie, mais plusieurs cataractes du côté paternel.

Y a-t-il entre ces cataractes bilatérales, débutant chez un sujet jeune, et la myopathie une connexion ou une simple coïncidence ? Les auteurs voient un trait commun : les lésions nerveuses et la cataracte sont des lésions de sénescence. Quant à la cause initiale, elle est encore inconnue.

A. Cantonnet.

REVUE DE STOMATOLOGIE
(Paris)

Lattès et Peroz. ***A propos d'un cas de staphylococcémie consécutive à une ostéite diffuse du maxillaire supérieur*** (*Revue de Stomatologie*, tome XXXI, nº 2, Février 1929). — L. et P. rapportent l'observation d'un cas de staphylococcémie survenue à la suite d'un accident dentaire.

Une dent ayant été recoiffée d'or sans désinfection préalable, une mono-arthrite apicale suppurée s'est déclenchée qui a engendré une ostéite diffuse du maxillaire supérieur. Bientôt, est apparu un phlegmon diffus érysipélatoïde de la joue. L'hémoculture s'est montrée positive au staphylocoque doré et le malade est mort après localisation pulmonaire et rénale.

Ce cas est intéressant. L'ostéite diffuse du maxillaire supérieur est déjà très rare. Il est encore plus rare de la voir se compliquer d'une septicémie et, parmi ces septicémies, celle à staphylocoques est la moins fréquente.

L. et P. rappellent les travaux de Lemierre, de Giroire, et insistent sur la gravité des staphylococcémies presque toujours mortelles même dans les formes subaiguës, dont les rémissions sont trompeuses et ne sont bien souvent qu'un temps d'arrêt entre deux métastases. G. Ruppe.

F. Lemaître et Ch. Ruppe. ***Ostéomyélite subaiguë mandibulaire*** (*Revue de Stomatologie*, t. XXXI, nº 3, Mars 1929). — L. et R., en se basant sur une série d'observations, décrivent une forme d'ostéomyélite mandibulaire subaiguë dont les caractères paraissent être les suivants :

1º *Du point de vue anatomique*, les lésions se traduisent par une réaction granulomateuse du tissu conjonctif intra-osseux et par des phénomènes d'ostéolyse. Ces lésions se développent au maximum dans le tissu spongieux de l'os, si bien qu'au niveau de la mandibule, la branche horizontale infectée se présente comme une gouttière de tissu compact à concavité supérieure, remplie de bourgeons charnus, plus ou moins suppurants et saignants. La maladie a une marche extensive pouvant gagner toute la branche horizontale et la partie centrale des branches montantes. Elle paraît être due à une infection atténuée ;

2º *Du point de vue clinique*, cette forme n'a pas un début violent, et il existe pendant quelques jours un contraste entre les phénomènes douloureux, toujours très intenses, et le peu de signes physiques et généraux. Ultérieurement, la tuméfaction légère vestibulaire, l'ébranlement des dents, l'apparition de plusieurs fistules, parfois l'anesthésie dans le domaine du dentaire inférieur permettent d'en faire le diagnostic ;

3º *Du point de vue opératoire*, l'intervention précoce limite cette extension. Elle est facile et consiste dans le curettage de la cavité qui se comble ensuite à la manière des cavités kystiques. Il n'y a pas à craindre, comme dans l'ostéomyélite séquestrante, un processus prolongé, mais la perte du rempart alvéolaire sur une étendue plus ou moins considérable. C. Ruppe.

REVUE ODONTOLOGIQUE
(Paris)

M.-P. Weil. ***Rhumatismes et infections dentaires*** (*Revue odontologique*, an L, Avril 1929). — Dans un article d'un remarquable bon sens clinique, l'auteur, dont les travaux sur le rhumatisme chronique sont bien connus, fait la critique de l'étiologie dentaire, sujet toujours à l'ordre du jour depuis les travaux américains.

D'après ces auteurs, 94 0/0 des rhumatismes sont dus à des infections focales et 90 0/0 de celles-ci sont d'origine amygdalo-dentaire.

W. s'élève contre cette étiologie uniciste. D'une part, l'étiologie infectieuse du rhumatisme chronique est loin d'être souvent prouvée. D'ordinaire, il y a mononucléose chez les rhumatisants. Les hémocultures positives sont exceptionnelles. Les liquides articulaires sont presque toujours stériles et les biopsies décevantes. Les inoculations de microbes isolés chez des rhumatisants provoquent des lésions qui s'apparentent aux endocardites infectieuses et ulcéreuses.

A l'unicité étiologique, W. oppose la conception française de la multiplicité des causes en matière rhumatismale.

Le rhumatisme d'origine dentaire répond, pour lui, à un nombre restreint de cas. Mais, il n'en reste pas moins très important de soigner très minutieusement la bouche des rhumatisants. Il ne faut, en tout cas, recourir à l'avulsion qu'en cas d'échec des soins dentaires et jamais par esprit de système.

C. Ruppe.

LE PROGRÈS MÉDICAL
(Paris)

E. Binet (Vichy) **et F. Nepveux.** ***L'hyperglycémie dans les furonculoses récidivantes*** (*Le Progrès médical*, nº 14, 6 Avril 1929). — En dehors des cas d'infections cutanées survenant chez les diabétiques avérés, on a insisté sur la fréquence de l'hyperglycémie dans les dermatoses en général, la furonculose en particulier.

B. et N. ont étudié 21 malades présentant une furonculose rebelle ou récidivante : 13 hommes (de 13 à 36 ans) et 8 femmes (entre 23 et 55 ans). Parmi eux, on trouvait 3 obèses, 7 sujets présentant des petits signes d'insuffisance hépatique ; un malade souffrait de troubles liés à une colite droite et 10 étaient atteints d'angiocholécystite subaiguë ou chronique. La plupart présentaient de l'urobilinurie en proportion notable, de la cholalurie et un abaissement appréciable du coefficient azoturique, 2 sujets présentaient des migraines.

Ces 21 sujets présentaient une glycémie au-dessus de la normale, s'échelonnant entre 2 gr. 14 et 1 gr. 25 pour 1.000.

Soumis à un régime de restriction hydrocarbonée, ces malades ont vu à la fois baisser leur glycémie et s'améliorer leur furonculose. Le premier résultat est l'arrêt de développement déjà constitué alors que de nouveaux éléments peuvent encore apparaître au voisinage. Au bout de 10 à 12 jours, dans les conditions les plus favorables, on peut envisager l'arrêt définitif. Le plus souvent, il faut 1 mois ou 2. L'abandon, même momentané, du régime hypoglycémiant a eu pour effet, dans 3 cas, de favoriser l'éclosion d'une nouvelle poussée furonculeuse.

12 malades étaient nés de père ou de mère diabétiques ou encore avaient des collatéraux diabétiques. L'atteinte fonctionnelle constante de la cellule hépatique permet de supposer que la furonculose est liée à un trouble du métabolisme hydrocarboné que met en valeur le dosage de la glycémie. B. et N. considèrent la furonculose comme un véritable état para-diabétique.

L'application locale d'une eau de Vichy (source Lucas) eut d'heureux effets sur les furoncles en voie de suppuration ou déjà ouverts.

Robert Clément.

Ch. Achard. ***Leçons sur les troubles de la tension artérielle : I. Les troubles passagers de la tension artérielle*** (*Le Progrès médical*, nº 15, 13 Avril 1929). — Il y a des *hypotensions suraiguës* dues à une *faiblesse momentanée du cœur*, par exemple pendant la pause ventriculaire de la maladie de Stokes-Adams, à l'occasion des extra-systoles, à l'occasion d'une émotion accompagnée d'une petite syncope.

D'autres sont dues à une *déplétion sanguine* brusque et abondante comme l'hémorragie intestinale de la fièvre typhoïde. La persistance et surtout l'accroissement des oscillations manométriques sont des indices favorables. La tachypnée, les convulsions sont des symptômes de gravité.

Le *choc traumatique*, sans hémorragie, s'accompagne aussi d'hypotension brusque. On a discuté pour savoir lequel des deux phénomènes précédait l'autre.

Certaines *intoxications* par le chloral, le chloroforme, les venins abaissent la tension, de même que les chocs protéiques.

Des *hypotensions suraiguës* sont constatées au cours de diverses affections. La fièvre typhoïde, le typhus exanthématique, la spirochétose ictérigène, les formes graves de la grippe, la scarlatine maligne, les endocardites malignes sont parmi les maladies qui entraînent les plus fortes hypotensions. La pneumonie, le paludisme entraînent, en général, des hypotensions moindres. On a observé, au cours du surmenage, des hépatites, des néphrites aiguës. Mais ce sont surtout les surrénalites qui s'accompagnent des hypotensions les plus graves.

L'*hypotension est permanente* dans certaines maladies chroniques, les affections cardiaques, la cirrhose du foie, les cachexies, cancers, leucémies, anémie pernicieuse, tuberculose pulmonaire; dans l'insuffisance surrénale et la maladie d'Addison, l'hypotension est la règle et souvent progressive.

On a enfin décrit une hypotension constitutionnelle.

L'hypotension peut s'expliquer par une réduction de la masse sanguine, l'insuffisance de l'action cardiaque, les troubles vaso-moteurs et particulièrement l'insuffisance surrénale.

Le traitement consiste en adrénaline, strychnine, sérum physiologique et transfusion sanguine.

Il existe des *hypertensions accidentelles* chez des

sujets sains. Elles se produisent avec d'autant plus de facilité qu'il s'agit de sujets déjà disposés à l'hypertension.

La douleur, les excitations périphériques du système nerveux, l'émotion, le travail musculaire, les traumatismes des sens nerveux peuvent engendrer des hypertensions passagères.

Les *hypertensions oscillantes* sont celles qui, passagères, tendent à se répéter chez les sujets qui sont déjà des malades. Ces bouffées d'hypertension surviennent à l'occasion d'un surmenage physique ou intellectuel, d'une émotion, d'un changement de régime, etc.

Ces sujets présentent souvent de la dysthyroïdie. On a noté aussi l'hypertension dans les états anxieux.

Les *grands accès d'hypertension* débutent brusquement, sont très intenses et font courir de grands dangers au malade. On les observe dans la colique de plomb, l'éclampsie puerpérale, les crises gastriques du tabes. Ils ne sont pas rares chez les brightiques, les goutteux. L'hypertension est habituelle dans l'angine de poitrine, mais sa relation avec les accès angineux est l'objet de controverses. Il faut citer encore les accès d'hypertension en rapport avec une tumeur surrénale. ROBERT CLÉMENT.

H. Bourgeois. ***Nouveau traitement abortif local des phlegmons périamygdaliens*** (*Le Progrès médical*, n° 18, 4 Mai 1929). — B. rapporte cette observation succincte pour montrer le bon effet de la méthode abortive des abcès amygdaliens, qu'il a eu l'occasion d'expérimenter déjà pendant la guerre.

Elle consiste à injecter 1/2 cmc environ d'une solution d'argent colloïdal dans le tissu cellulaire du voile, là où va se former l'abcès.

Le résultat le plus fréquent, si l'on opère précocement, dès le début de l'œdème de la luette et du trismus, est la résolution rapide et la guérison en 48 heures. Si l'on arrive trop tard, l'abcès se développe, mais alors rapidement et, dès le lendemain de l'injection, il devient aisé de l'ouvrir. L'avantage est particulièrement précieux pour les abcès postérieurs dont l'évolution est longue.

Ce procédé posséderait sur l'injection intraveineuse d'électrargol le double avantage de ne provoquer aucun phénomène de choc et de faciliter l'ouverture de l'abcès amygdalien lorsqu'il ne peut le faire avorter. ROBERT CLÉMENT.

TOULOUSE MÉDICAL

Cestan. ***Hypertension artérielle et hypercholestérinémie*** (*Toulouse médical*, tome XXX, n° 90, 1er Mai 1929). — C. a étudié 23 cas qu'il classe en 5 groupes.

Dans le premier groupe, il s'agit de sujets entre 71 et 82 ans. Dans ces cas de sénilité simple, la cholestérinémie n'est en concordance ni avec l'âge, ni avec la tension artérielle, ni avec l'azotémie sanguine.

Dans les 3 cas de néphrites hypertensives graves qui constituent le deuxième groupe, l'hypercholestérinémie est constante et élevée.

Une malade, atteinte de néphrite urémigène sans hypertension, présentait 2 gr. 50 de cholestérine. Il y a, dans ce troisième groupe, discordance entre l'hypercholestérinémie et la tension artérielle.

Le quatrième groupe comprenant 4 cas d'hypertension sans néphrite clinique ou avec des signes minimes de déficience rénale s'oppose au précédent. Le taux de la cholestérine dans le sang était autour de la normale, sauf dans un cas.

Le cinquième groupe, enfin, comprend des malades présentant de l'hypercholestérinémie sans hypertension, sans signes de diabète ni signes de lithiase.

C. conclut : « Les artério-scléreux, avec hypertension, se comportent, quant au degré de la cholestérinémie, comme les artério-scléreux sans hypertension. Si l'hypercholestérinémie est fréquente au cours du mal de Bright, du moins son intensité n'est pas en rapport avec celle de l'hypertension. Enfin, on peut observer des hypertensions essentielles sans hypercholestérinémie. » ROBERT CLÉMENT.

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR
(Paris)

G. Sanarelli et G. Pergher (de Rome). ***Pathogénie de la spirochétose ictérogène*** (2e mémoire) : ***l'action pathogène des microbes de sortie dans la spirochétose*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, tome XLIII, n° 4, Avril 1929). — S. et P. ont cherché à préciser le rôle de *leptospira icteroides* de Noguchi chez l'animal en dissociant son action de celle des microbes qui, généralement, interviennent ensuite pour achever l'œuvre commencée par les premiers.

Chez les cobayes parasités par les leptospires, il peut y avoir pullulation et multiplication, pendant longtemps, de ces microbes, sans que l'état général de santé de ces animaux soit sensiblement altéré. Les leptospires ne semblent pas capables de produire, seuls, de graves altérations anatomiques. Les cobayes peuvent supporter impunément la prolifération des leptospires et même l'injection de doses répétées et massives de ces microbes pourvu qu'il ne se manifeste pas d'infection de sortie. Ces infections, spécialement celle du colibacille, font disparaître les leptospires de l'organisme des animaux parasités.

In vitro, les spirochétidés sont, en général, doués d'une faible résistance vitale vis-à-vis des autres microbes.

D'autre part, les microbes de sortie, que l'on isole des animaux infectés par des spirochétidés, ne se montrent pas doués d'une virulence qui justifie la gravité du tableau anatomique que l'on constate ordinairement à l'autopsie.

La sortie ou l'invasion de microbes au cours des spirochétoses expérimentales a lieu d'une façon régulière à la fin du paroxysme fébrile ou peu après; elle coïncide avec une baisse brusque de la température. C'est une « crise néfaste ».

Les microbes qui envahissent un organisme déjà parasité par les spirochétidés sont presque toujours les mêmes pour une même espèce d'animal : streptocoques pour le cobaye, colibacille pour le lapin, paratyphique pour l'homme.

Ces infections proviendraient « de l'anéantissement de la fonction protectrice du foie ».

La diversité des tableaux anatomo-pathologiques observés ne dépend pas de la façon dont l'organisme réagit vis-à-vis des spirochétidés, mais de l'action du ou des microbes de sortie.

Les spirochétidés seuls ne sont pas capables de provoquer des lésions assez graves pour provoquer la mort; les altérations anatomopathologiques les plus graves sont dues à l'intervention des microbes de sortie. ROBERT CLÉMENT.

GIORNALE ITALIANO DI DERMATOLOGIA e SIFILOLOGIA
(Milan)

Scomazzoni. ***Les altérations du liquide céphalo-rachidien dans la syphilis et ses modifications avec la malariathérapie*** (*Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, t. LXX, fasc. 2, Avril 1929). — S. a examiné le liquide céphalo-rachidien de 150 cas environ de syphilis primaire, secondaire, tertiaire, latente et nerveuse. Dans chaque cas, il rechercha la pléocytose avec la chambre de Fuchs-Rosenthal, l'albumine totale par la méthode de Nissl, les globulines par les méthodes de Nonne-Appelt, de Pandy et de Weichbrodt, les réactions colloïdales à l'or par la méthode de Lange et Eicke; au mastic, avec la modification de Kafka; au benjoin, avec la méthode de Guillain-Laroche, et la réaction de Wassermann avec le liquide activé et inactivé. Il considéra comme positif un liquide présentant au moins 2 ou plus des réactions précédentes positives.

Les altérations du liquide céphalo-rachidien, ne correspondant à aucune manifestation clinique du système nerveux central, peuvent exister et être mises en évidence dès la fin de la 1re semaine de l'infection syphilitique, alors que le Wasserman est encore négatif dans le sang. Les altérations du liquide deviennent plus graves et plus fréquentes au cours de la 1re et 2e année de l'infection; elles demeurent stationnaires et tendent à diminuer de nombre, mais non de gravité, dans les années suivantes.

La fréquence des altérations du liquide aux divers stades de la syphilis est la suivante : 4 à 10 pour 100 dans la syphilis primaire séro-négative; 35 à 45 pour 100 dans la syphilis secondaire jusqu'à la fin de la 1re année; 25 à 40 pour 100 dans la syphilis secondaire après la 1re année; 40 à 50 pour 100 dans les leuco-mélanodermies et les alopécies ; 30 à 35 pour 100 dans la syphilis latente avec Wassermann positif; 25 à 30 pour 100 dans les syphilis latentes non soignées avec Wassermann négatif; 80 à 100 pour 100 dans les syphilis cérébrale, le tabes et la paralysie générale.

Il n'y a pas de relations constantes entre les altérations du liquide et les manifestations nerveuses cliniques. Des lésions graves du liquide peuvent exister sans troubles cliniques; mais, le plus souvent, des altérations graves du système nerveux central s'accompagnent d'altérations du liquide.

Les altérations du liquide dans la syphilis récente sont rapidement influencées et améliorées par le traitement, tandis qu'à la période tardive elles se montrent plus résistantes.

Mais ces altérations tardives rebelles au traitement spécifique peuvent être améliorées par la pyrétothérapie, et plus spécialement par la malariathérapie associée au traitement spécifique.

Un traitement spécifique insuffisant favorise l'apparition des altérations du liquide et peut même les provoquer.

Le Wassermann du sang n'est pas un critère suffisant de la guérison de la syphilis, puisqu'il peut être négatif, même quand il existe des altérations graves du liquide, sans manifestations cliniques nerveuses.

Il est donc indiqué de faire une ponction lombaire entre la 1re et la 2e année de l'infection et de la recommencer à la fin du traitement. R. BURNIER.

G. Vadala. ***Les modifications hématologiques des syphilitiques dans la malariathérapie*** (*Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, t. LXX, fasc. 2, Avril 1929). — V. a recherché, chez des syphilitiques traités par la malariathérapie, comment se comportait le sang avant l'inoculation, pendant les accès et après la malarisation.

Avant l'inoculation, la rapidité de la sédimentation était augmentée (20 et 25 minutes au lieu de 4 heures); la viscosité était également augmentée; les hématies étaient normales, diminuées ou dans un cas augmentées; le taux de l'hémoglobine était élevé; les leucocytes étaient peu modifiés; parfois, il existait de la lymphocytose.

Pendant les accès fébriles, on nota une augmentation encore plus grande de la vitesse de sédimentation, une diminution de la viscosité, une diminution des leucocytes avec monocytose.

Après la malarisation, la vitesse de sédimentation, la viscosité et le nombre des hématies reviennent à leur taux primitif; les leucocytes sont au contraire augmentés; la monocytose a disparu et on note une légère lymphocytose.

V. estime que la monocytose du 2e stade et la lymphocytose du 3e peuvent contribuer à expliquer l'efficacité de la malariathérapie dans la syphilis. R. BURNIER.

LISBOA MEDICA

Egas Moniz (Lisbonne). ***L'action thérapeutique des injections intracarotidiennes d'iodure de sodium*** (*Lisboa médica*, tome VI, n° 3, Mars 1929). — Au cours de ses travaux d'encéphalographie, M. a été frappé par une série de faits cliniques observés chez des malades présentant des syndromes d'hypertension cranienne. La plupart des malades avaient reconnu une amélioration très notable à la suite d'injections d'iodure de sodium à 25 p. 100, que l'auteur emploie comme solution opaque dans ses artériographies. Ces injections, faites, comme on le sait, dans les carotides internes, aux doses moyennes de 5 à 7 cmc, sont répétées à intervalle de quelques jours, aussi bien du côté gauche que du côté droit. En

quelques secondes, en desserrant la pince de Martins, le courant se rétablit dans la carotide et la solution entre dans la circulation veineuse après avoir passé par les capillaires au contact des cellules nerveuses, dans la région du groupe sylvien; la solution envahit rarement d'une manière visible la cérébrale antérieure, et, seulement en cas d'anomalie, la cérébrale postérieure. Le passage de la solution, en général, n'amène aucun trouble dans l'organisme; mais, chez quelques malades, les symptômes d'hypertension s'amendent; même dans les cas de tumeurs cérébrales constatées, les céphalées, quoique très intenses, diminuent et chez quelques-uns la vue s'améliore d'une façon appréciable. M. n'a jamais trouvé que l'état de ses malades se fût aggravé à la suite des injections intracarotidiennes; cependant, certains malades demeurent sans changement notable dans leur état. Les céphalées se maintiennent et la vue, si elle a une tendance à s'éteindre, poursuit sa marche vers l'amaurose. Ces résultats contradictoires sont encore d'observation trop récente pour que M. puisse entreprendre d'interpréter les facteurs qui les déterminent. Si les bénéfices recueillis par les malades peuvent être attribuables à l'iode, comme tout paraît l'indiquer, l'auteur pense que cela ne représente pas lune explication satisfaisante. L'hypothèse actuelle de l'ion iode agissant est considérée comme peu probable, car les résultats obtenus par la médication iodée se vérifient à distance, après quelques jours, cette action devant être interprétée plutôt comme la conséquence d'altérations chimiques secondaires. Or le passage dans le réseau artério-veineux du groupe sylvien de la substance introduite est très rapide. M. est persuadé que la solution, quelque peu visqueuse, n'agit pas sur le réseau artériel, sur les capillaires, ou sur les veines, de la même façon. En se mélangeant avec le sang, elle diminue sa concentration, et son passage à travers les capillaires doit être différent. Il peut être retardé et, par conséquent, déterminer une action plus prolongée sur la cellule nerveuse. L'auteur croit aussi que la solution n'agit pas seulement comme agent hypertonique, car son rapide passage, et, surtout, les faibles quantités injectées ne justifient pas une telle hypothèse. De plus, les améliorations s'accentuent pendant les jours qui suivent l'injection. D'autre part, en administrant de hautes doses d'iodure de sodium par voie endoveineuse, en plusieurs cas d'hypertension, M. n'a jamais noté de bénéfices appréciables. Il pense qu'il y a une autre cause liée à l'action de l'iode appliqué par voie carotidienne, le radical sodium ne paraissant pas intervenir dans les résultats thérapeutiques.

Quoique l'auteur n'ait pu encore trouver une explication éclaircissant le mécanisme intime que produit les améliorations de ces cas d'hypertension, il juge bon de les signaler, car on ne saurait les attribuer à de simples coïncidences.

Sa première observation, en 1927, concernait une jeune fille atteinte de névrite optique double récente avec commencement de tuméfaction. Elle était presque aveugle. La première injection à droite produisit quelques améliorations. Un mois après, une nouvelle injection faite à gauche accentua ce progrès. La malade a aussi reçu quelques injections endoveineuses à 10 et à 20 pour 100. La malade commença à voir mieux. Revue en Février 1929, elle avait pour les deux yeux v = 6/10.

Une autre malade souffrait depuis 8 ans de céphalées et présentait des crises épileptiques (guéries alors par le luminal). L'examen des yeux n'expliquait pas son amblyopie. Après deux injections elle est sortie de l'hôpital bien améliorée.

Ni l'une ni l'autre de ces malades ne présentèrent aucun signe de localisation tumorale à l'artériographie.

3e cas : syndrome hypertensif, céphalées, vomissements, névrite optique tumide bilatérale, avec tuméfaction, parésie du grand oblique gauche. Epreuve encéphalographique des deux côtés. Disparition complète des céphalées et des vomissements, et la malade déclara voir bien mieux.

4e observation concernant une enfant de 11 ans qui, après une maladie fébrile, présenta de fortes céphalées, vomissements et affaiblissement de la vue. En quelques jours, elle devint amaurotique; céphalées et vomissements persistant. L'examen des yeux confirma l'absolue cécité. Pas de stase papillaire. Quelques jours après la première injection, la petite malade commença à voir un peu la lumière. Le jour suivant, à la deuxième injection, la malade déclara qu'elle avait recouvré la vue. Ces améliorations se sont maintenues, et, en Février écoulé, elle avait récupéré presque la moitié de la vision normale. Dans ce cas, on ne peut songer à l'hystérie.

Joao Coelho.

Lopo de Carvalho et Vasco de Lacerda (Lisbonne) ***Considérations sur 12 cas de phrénicectomie*** (*Lisboa médica*, tome VI, nº 3, Mars 1929). — Si on ne peut plus discuter ou contester la valeur thérapeutique du pneumothorax artificiel, il n'est pas toujours permis de l'employer. Il est impossible, lorsque les adhérences étendues des deux feuillets pleuraux empêchent le repos ou la rétraction fonctionnelle de l'organe. Les auteurs reconnaissent, cependant, que la phrénicectomie est souvent capable de résoudre cette difficulté. Elle est susceptible de provoquer une amélioration de l'état général, vérifiée par une augmentation du poids, par un abaissement de la température et, parfois même, de faire diminuer ou bien disparaître l'expectoration et les bacilles. C. et L. supposent que l'action de cette intervention consiste essentiellement dans l'établissement de conditions favorables à la rétraction des lésions pulmonaires. Par ce fait elle vient en aide aux processus naturels de guérison d'un grand nombre de lésions tuberculeuses. Il est donc nécessaire que l'évolution de la maladie présente une tendance à la rétraction, les tuberculoses graves, très actives, étant rarement modifiées par la paralysie du phrénique, ou ne l'étant pas du tout. Les auteurs croient que, dans les limites de cette indication générale, la phrénicectomie peut être employée avec succès dans les cas de lésions des lobes moyen et supérieur, de même que dans les cas de localisations à la base. On obtient parfois de très bons résultats chez les malades portant des cavernes apicales. Ces cavernes disparaissent plus ou moins rapidement après l'opération. Les auteurs attribuent la plus grande importance à l'unilatéralité des lésions, parce que la phrénicectomie établit une situation qui ne peut plus être modifiée, à l'inverse du pneumothorax qui peut être interrompu n'importe à quel moment. Par conséquent, cette indication exige une observation très attentive du malade et une connaissance aussi sûre que possible de la modalité anatomo-pathologique du processus, quoique l'acte opératoire soit par lui-même d'extrême bénignité. La technique opératoire employée a été celle du professeur A. Moujardino (Lisbonne), qui n'est pas celle généralement décrite dans les travaux concernant cette question. L'incision n'est pas faite parallèlement à la clavicule, mais suivant le bord postérieur du cléido-mastoïdien sur une longueur de 4 à 5 cm. et partant d'un point situé à trois travers de doigts au-dessus de la clavicule (cette incision est d'ailleurs celle qu'ont proposée Sauerbruch et Eizaguire). Parmi les observations présentées dans ce travail, il y en a une se rapportant à un kyste hydatique suppuré de la base du poumon gauche. L'opération a permis d'obtenir un résultat vraiment remarquable par la rapidité de la guérison. Les résultats extrêmement favorables, recueillis dans les conditions et suivant les indications exposées dans cette étude, amènent les auteurs à croire que la phrénicectomie mérite une place importante dans la thérapeutique de la tuberculose.

Joao Coelho.

MEDIZINISCHE KLINIK

(Berlin)

Otto Laufer. ***Hyperthyroïdie et hypertension artérielle*** (*Medizinische Klinik*, tome XXV, nº 6, 8 Février 1929). — L. rapporte 4 observations qu'il a recueillies dans l'espace de 1 an 1/2, et qui l'ont fait assister à l'évolution simultanée de l'hypertension artérielle et d'un syndrome basedowien plus ou moins fruste, mais toujours nettement caractérisé.

La première est celle d'une femme de 59 ans, qui avait été soignée une première fois, en Mars 1925, pour faiblesse générale, dyspnée et amaigrissement. On notait, chez elle, un goitre nodulaire de dimensions moyennes, une tachycardie à 156, et une hypertension artérielle de 23 cm. de Hg. Les phénomènes subjectifs cédèrent assez facilement au traitement habituel, mais la tachycardie et l'hypertension persistèrent. 3 ans après, en Avril 1928, les troubles reparurent avec de violentes palpitations. Le goitre était pulsatile, le tremblement des doigts très nets. La tachycardie et l'hypertension étaient restées ce qu'elles étaient 3 ans auparavant. Le cœur était nettement hypertrophié. Le métabolisme basal était augmenté de 45 à 80 pour 100. Malgré le traitement institué, on n'obtint aucune amélioration importante, le poids tomba, du 19 Mai au 14 Août, de 54 kilogr. 20 à 50 kilogr. 40, et la malade mourut subitement le 18 Septembre 1928. L'autopsie montra, outre les lésions du goitre nodulaire, de l'hypertrophie cardiaque et de l'artério-sclérose aortique et coronaire, une pachyméningite hémorragique, qui n'avait pu être diagnostiquée cliniquement.

Le second cas est celui d'une femme de 58 ans, qui avait un goitre ancien, une hypertension artérielle de longue date et qui, à la suite d'une crise de dépression mélancolique, présenta des accidents d'hyperthyroïdie. Malgré une amélioration subjective, aucune amélioration de l'hypertension ni de l'hyperthyroïdie ne se manifesta.

La troisième malade est une femme qui avait fait, de temps en temps, des crises de type angineux et qui, à l'occasion de la ménopause, présenta à la fois des signes d'hyperthyroïdie et une poussée d'hypertension artérielle, qui ne dura que quelques mois. Hyperthyroïdie et hypertension disparurent en même temps.

La quatrième observation concerne une femme de 41 ans, encore normalement réglée, atteinte d'un goitre ancien très volumineux. Pour des raisons inconnues, le goitre subit une poussée hypertrophique, avec signes d'hyperthyroïdie, en même temps que la tension artérielle s'éleva. Un traitement approprié amena une alternative simultanée de l'hyperthyroïdie et de l'hypertension.

L. conclut de ses observations que l'hyperthyroïdie et l'hypertension artérielle, troubles de nature également constitutionnelle, mais dans lesquels le système nerveux vaso-moteur joue un rôle évident, sont souvent en relation, par un mécanisme encore indéterminé. Ces conclusions sont en accord avec les faits qui ont déjà été avancés par Mannaberg, par Grosz et par Roth.

J. Mouzon.

L. Freund et L. Hoffmann. ***Lumière et audition*** (*Medizinische Klinik*, t. XXV, nº 6, 8 Février 1929). — L'opinion émise par les anciens auteurs (Thomasus Bartholinus, Ebermaier), que l'ouïe serait renforcée par la lumière, a été longtemps considérée comme un paradoxe. F. et H. la reprennent, en l'étayant sur des expériences qu'ils ont faites chez des malades du service du professeur Neumann, de Vienne.

Leurs expériences ont porté sur 33 malades atteints de surdités d'intensités variées et de causes diverses (surdités de réception, surdités de transmission, soit par catarrhe inflammatoire, soit par oto-sclérose). Tout le côté de la tête correspondant était éclairé par une lampe électrique puissante, généralement pendant 5 minutes. Une amélioration de l'ouïe se manifestait dans 17 cas sur 33, soit 50 pour 100; elle était, en moyenne, du double, quelquefois du quintuple; mais, dans chaque cas, elle était extrêmement variable d'un côté à l'autre. Les rayons ultraviolets, la lumière filtrée par un verre bleu ou par un verre rouge restaient généralement sans action.

L'amélioration se manifestait dès le début de l'irradiation, se maintenait quelque temps au même niveau, puis retombait assez rapidement.

Ces faits ne sont pas utilisables en thérapeutique, mais ils doivent être rapprochés d'une observation faite par Lazareff (de Moscou). Quand on tient long-

temps une note au piano, au moyen de la pédale forte, si l'on allume et si l'on éteint alternativement la lumière, on entend le son se renforcer à la lumière et s'affaiblir dans l'obscurité. F. et H. ont renouvelé cette observation, et ils l'attribuent à un processus psycho-sensoriel.

Quant à l'action de la lumière chez les sourds, ils pensent qu'elle peut être due, en outre, à une action hyperémique de la lumière sur l'appareil auditif.

F. Deutsch. *La réduction du volume du cœur dans les sports* (*Medizinische Klinik*, tome XXV, nº 16, 19 Avril 1929). — C'est une question très controversée, que celle des variations de volume du cœur au cours des exercices de sport.

On a cru pendant longtemps que l'augmentation du volume du cœur s'observait fréquemment chez les hommes de sport, et qu'elle traduisait un état de fatigue du cœur, ou, du moins, que sa persistance, à distance d'un exercice fatigant, était le témoin d'un surmenage cardiaque, le cœur normal revenant assez rapidement à son volume antérieur.

Cependant, depuis qu'on a commencé à étudier ces faits sous le contrôle des examens radiologiques, et surtout des téléradiographies en inspiration forcée, on s'est convaincu que l'exercice violent détermine souvent, non plus l'augmentation, mais la diminution du volume du cœur (Moritz et Dietlen, Lipschitz, Kienböck, Selig et Beck, Mendel et Selig, Raab, Williamson, Hoffmann et de la Camp, Smith, Kauf, David, Ackermann), et que cette diminution constitue même la réaction normale du cœur sain à l'effort sportif. D'autres auteurs, tels que Bruns, admettaient que les variations de volume du cœur se manifestaient tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre, alors que les expériences de contrôle de Eppinger ne lui permettaient pas de constater de modifications importantes, ni dans un sens, ni dans l'autre.

Dans l'espoir de mettre au point cette question, D. a entrepris des vérifications précises sur les concurrents des jeux olympiques d'Amsterdam en 1928, et sur ceux du Marathon qui a été couru à Vienne la même année. Il s'est servi uniquement de téléradiographies instantanées (distance foyer plaque : 180 cm.) prises pendant l'immobilité respiratoire, et il n'a tenu compte, pour les comparer, que des plaques sur lesquelles les positions du diaphragme étaient rigoureusement superposables avant et après l'effort. La deuxième radiographie était prise immédiatement après le concours.

Ses conclusions sont les suivantes. La plupart des concurrents olympiques, avant leur épreuve, ont un cœur trop gros : ce serait là une réaction normale, même pour des cœurs entièrement sains, pendant la période d'entraînement.

Par contre, aussitôt après l'épreuve, quelle qu'elle soit (de vitesse, de fond, de résistance), il y a, dans 90 pour 100 des cas, diminution du volume du cœur, et cette diminution de volume dure d'autant plus longtemps que l'épreuve a été plus longue, plus complexe, plus épuisante.

Cette diminution de volume du cœur n'est pas exclusivement en rapport avec la tachycardie : elle est plus durable que cette dernière, et ne varie nullement, comme cette dernière, ni d'un athlète à l'autre, ni d'un moment à l'autre chez le même athlète. L'augmentation du volume des contractions cardiaques ne paraît pas constituer non plus une condition suffisante. Une autre cause importante serait constituée par les modifications humorales : l'hyperactivation provoque l'alcalose gazeuse et l'acapnée, qui tend à provoquer la stase du sang dans les tissus et à diminuer l'apport sanguin au cœur; d'autre part, l'effort musculaire violent et continu détermine une production excessive de l'acide lactique, qui peut atteindre, dans le sang, 400 pour 100 de son taux normal, et le résultat sur la circulation périphérique est le même; enfin l'augmentation de la viscosité sanguine, qui résulte de la sudation abondante, tend à diminuer la masse du sang.

L'augmentation de volume du cœur doit être considérée comme un phénomène rationnel et tardif, qui se produit au moment où le CO^2 du sang est reconstitué, l'acide lactique oxydé et éliminé, la masse sanguine reconstituée.

La présence ou l'absence de la réduction de volume cardiaque au cours de l'exercice sportif semble n'avoir aucune signification pour ou contre la bonne résistance du myocarde. J. Mouzon.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

Bregmann et Poncz. *Encéphalite post-morbilleuse* (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. LXXIX, nº 9, 23 Février 1929). — B. et P. envisagent les complications nerveuses survenant après la disparition de l'exanthème, ou même plus tardivement, quelques semaines après la terminaison de la maladie. Il semble que ces complications surviennent de préférence après les rougeoles moyennes ou même atténuées.

Tantôt il s'agit de méningites diffuses avec Kernig, raideur de la nuque, etc., tantôt de troubles localisés de type hémi ou paraplégique; plus rarement, on observe des symptômes cérébelleux, ou des signes de la série extra-pyramidale; Lust a décrit un cas d'encéphalite à type léthargique survenant à la suite d'une rougeole. Ce même auteur a observé une véritable poliomyélite qui finit par guérir; d'autres ont décrit une paralysie flasque avec exaltation des réflexes tendineux, Babinski positif, troubles sphinctériens, et lymphocytose céphalo-rachidienne. Ce cas se termina par la mort au milieu de phénomènes bulbaires. Parfois on a observé des paralysies des nerfs craniens. La plupart de ces manifestations se terminèrent favorablement.

La 1re des observations de B. et P. concerne un enfant de 11 ans amené à l'hôpital pour une amaurose subite apparue brusquement un mois après une rougeole; l'amélioration survint au bout de 25 jours, mais par la suite l'enfant présenta une paralysie spasmodique des membres supérieurs avec phénomènes ataxiques et troubles de la sensibilité. Tous ces phénomènes disparurent lentement et le malade fut guéri au bout de 9 mois.

Le 2e cas concerne un enfant de 8 mois 1/2 qui présenta, 2 jours après la terminaison de sa rougeole, des phénomènes méningés violents, puis un état de contracture chronique rappelant la tétanie. A la suite d'une ponction lombaire l'état s'améliora jusqu'à guérison complète.

La pathogénie de ces accidents prête à diverses interprétations. Certains auteurs pensent que le virus morbilleux n'est pas en cause et que la rougeole n'agit qu'en activant un virus neurotrope préexistant. Une explication analogue a été invoquée par Levaditi et Nicolau en ce qui concerne l'encéphalite post-vaccinale. Récemment Pette a montré que des lapins vaccinés présentaient des phénomènes encéphalitiques, et qu'il était possible de transmettre en série le virus prélevé au niveau du cerveau. Les vétérinaires invoquent l'action du *Bacillus bipolaris* que l'on retrouverait dans certains cas.

Au contraire, pour étayer la pathogénie morbilleuse de ces accidents, d'autres auteurs ont invoqué les lésions du système nerveux retrouvées à l'autopsie des malades morts de rougeole, et les altérations du liquide céphalo-rachidien. G. Basch.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL
(*Londres*)

F. S. Langmead. *Quelques points intéressants de l'étiologie, du pronostic et du traitement de la maladie de Basedow* (*The British medical Journal*, nº 3563, 20 Avril 1929). — La maladie de Basedow est peut-être l'affection dont les travaux récents ont le plus bouleversé les notions classiques d'étiologie et de traitement. L. insiste dans son article sur quelques points qui lui paraissent plus particulièrement intéressants et nouveaux.

D'abord, il ne fait plus de doute qu'il faille renoncer à l'explication simpliste d' « hyperthyroïdie ». Il semble que l'hyperactivité thyroïdienne ne soit qu'un phénomène témoin, lié probablement à l'action antitoxique aujourd'hui démontrée du corps thyroïde : c'est à cela qu'il faut sans doute attribuer les échecs assez fréquents du traitement thyréoprive, radiothérapique ou chirurgical.

La cause profonde de la maladie de Basedow, le stimulus déclenchant l'hypertrophie thyroïdienne, est encore inconnue; cependant L. insiste sur le rôle probablement important joué par les glandes surrénales, rôle que des expériences récentes indiquent comme capital. Certains expérimentateurs auraient obtenu des améliorations considérables de la maladie par l'ingestion d'extraits frais de surrénales. Il est possible que la corticale surrénale exerce un contrôle sur la sécrétion thyroïdienne, contrôle dont la disparition commanderait l'apparition des symptômes du Basedow.

Le pronostic de la maladie de Basedow doit se baser sur l'ensemble des signes cliniques, et non point seulement sur le chiffre du métabolisme basal, L. s'élève contre l'habitude anglo-saxonne qui attribue une valeur excessive à la mesure du métabolisme : il s'agit d'une épreuve difficile, où les causes d'erreur sont multiples, où deux mesures successives donnent souvent des résultats très discordants.

Le traitement est entré dans une voie nouvelle depuis les travaux français sur la thérapeutique iodée : il est hors de doute que l'on obtient par cette méthode des améliorations fréquentes. Mais les médecins anglais n'ont pas encore osé recourir aux doses considérables préconisées en France.

Le traitement chirurgical semble perdre du terrain en Angleterre : on ne l'emploie plus dans les cas légers ou dans les cas trop graves.

R. Rivoire.

F. Pickworth. *Confusion mentale et sinusite sphénoïdale* (*The British medical Journal*, nº 3563, 20 Avril 1929). — P. rapporte l'observation d'un homme mort à l'âge de 51 ans, qui présentait des troubles mentaux depuis 20 ans, avec alternatives de rémission et d'aggravation. Vu pour la 1re fois 4 mois avant sa mort, il présentait de la confusion mentale, avec désorientation dans le temps et l'espace, manie; de plus, il présentait une otite double avec ptosis bilatéral. 3 jours avant sa mort se déclara un état de mal épileptique, auquel il succomba.

L'autopsie pratiquée une heure après la mort montra une sinusite sphénoïdale purulente, avec lésions pituitaire et hypothalamique considérables. En outre, quelques hémorragies superficielles de l'arachnoïde au niveau de la région fronto-pariétale (peut-être en rapport avec l'état de mal épileptique).

Cette observation est intéressante car elle permet peut-être de rattacher à des lésions pituitaires plus discrètes certains cas de folie dans l'histoire desquels on trouve une sinusite sphénoïdale, et où l'examen méthodique et complet aurait révélé des signes plus ou moins marqués de dysfonction hypophysaire.

P. aurait constaté 69 cas de ce genre, dans lesquels le traitement de la sinusite amena une amélioration considérable des troubles mentaux.

R. Rivoire.

THE GLASGOW MEDICAL JOURNAL

J. W. Mc Nee. *Splénomégalie en Grande-Bretagne* [IIe partie] (*The Glasgow medical journal*, tome CXI, nº 4, Avril 1929). — N. expose son opinion et le résultat de ses recherches sur l'étiologie, les manifestations cliniques et la fréquence relative des diverses formes de splénomégalie chronique.

Il les range en 7 groupes, les uns correspondant à des lésions connues et définies, les autres n'étant que des groupes d'attente, dans l'ignorance où nous sommes encore des causes essentielles de la plupart des formes de splénomégalie.

Le groupe 1 comprend les rates qui présentent sur la surface de section irrégulièrement disséminés des nodules jaunes, bruns, de forme irrégulière, allant

de la pointe d'une épingle à plusieurs millimètres ; ces nodules sont proéminents et se détachent nettement sur la surface de section fraîche ; ils sont solidement fixés et on ne peut les détacher avec la pointe d'un scalpel, certains crient sous le couteau. D'autre part, il y a des hémorragies autour des petites artérioles. Ces lésions discutées d'abord par Gandy et Stengel sont interprétées très différemment suivant les auteurs. N. ne pense pas qu'il soit possible d'admettre l'existence de *streptothrix* ou d'*aspergillus* comme l'ont voulu Nanta et Pinoy sur de simples coupes histologiques ; il y a trop de causes d'erreur. D'autre part il n'ose pas nier la valeur de champignons obtenus en culture. Lui-même, ayant dans 11 cas cultivé ces nodules sur milieu de Sabouraud, n'a obtenu aucune culture. Le seul cas où elle réussit appartenait au groupe IV.

Dans le groupe II M. N. range toutes les splénomégalies des ictères hémolytiques congénitaux et acquis. Le tissu splénique est envahi par les hématies et souvent par le pigment brun. Dans quelques cas d'ictère congénital on a observé les nodules fibreux et pigmentaires qui font la caractéristique du groupe I.

Le groupe III réunit les cas de splénomégalies par thrombose récente ou ancienne de la veine splénique ou de la veine porte. La rate est souvent énorme.

Le groupe IV comprend quelques cas où une anémie secondaire accompagnait une hypertrophie modérée de la rate sans augmentation de bilirubine dans le sang, de sorte que l'on pouvait écarter le diagnostic d'ictère hémolytique. L'examen histologique de ces rates ne montra rien d'anormal. Dans ces cas la splénectomie fut suivie d'une légère amélioration de l'anémie.

Le groupe V a trait aux splénomégalies de la maladie de Banti, que N. considère comme la forme de splénomégalie la plus rare en Angleterre.

Dans le groupe VI il range les splénomégalies par hypertrophie du tissu réticulo-endothélial dont les grandes cellules envahissent la pulpe et les sinus ; quelquefois les cellules sont si abondantes que le tissu splénique ressemble à un myélome. Parfois les cellules réticulo-endothéliales hyperplasiées contiennent une substance lipoïdique inconnue ou connue comme le cholestérol.

Enfin tous les cas inclassables sont réunis dans le groupe VII. ROBERT CLÉMENT.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

Chevalier Jackson (de Philadelphie). ***Ulcère peptique de l'œsophage*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCII, n° 5, 2 Février 1929). — On désigne sous le nom d'ulcère peptique de l'œsophage une lésion de cet organe ainsi dénommée à cause de sa similitude d'aspect, à l'examen anatomique, avec l'ulcère peptique de l'estomac. Tous les cas rapportés, jusqu'à ce jour, n'ont été reconnus d'ailleurs qu'à l'autopsie. Mais les progrès de l'œsophagoscopie permettent maintenant, suivant C. J., de faire le diagnostic de cette affection du vivant même du malade, et d'en faire, par conséquent, l'étude clinique.

L'ulcère peptique a pu être diagnostiqué par lui dans 88 cas, sur plus de 4.000 affections œsophagiennes observées durant une pratique de 42 ans.

Au point de vue étiologique, il faut envisager tout d'abord les causes déterminantes de la formation de l'ulcère, et ensuite celles qui entraînent sa persistance et son passage à l'état chronique. La formation d'un ulcère aigu œsophagien, comme d'un ulcère aigu, est avant tout, pour C. J., en rapport avec une infection bucco-pharyngée ou dentaire ; la persistance de l'ulcère, une fois formé, est sous la dépendance essentielle du reflux du suc gastrique dans l'œsophage, qu'il y ait soit insuffisance de l'anneau musculaire qui constitue le sphincter du cardia, soit insuffisance de l'anneau diaphragmatique ; accessoirement, on a invoqué le spasme du cardia, capable d'entraîner une rétention de produits septiques, ou l'existence d'îlots de muqueuse gastrique au niveau de l'œsophage.

Au point de vue *symptomatique*, les symptômes essentiels sont une douleur au niveau de la moitié inférieure du sternum, irradiant dans le dos et entre les épaules ; la souffrance est nettement plus intense que celle du cancer. A la douleur s'associent dans nombre de cas des hématémèses et du melæna, et des vomissements ; par contre, la dysphagie est habituellement absente, tout au moins à un stade précoce, et le tableau n'est pas strictement œsophagien.

L'œsophagoscopie permet de faire le diagnostic en montrant les aspects typiques de l'ulcère, nettement différent de ceux du cancer, et dont C. J. donne un certain nombre d'images.

Le *pronostic* est considéré classiquement comme très grave ou même fatal, mais il faut faire remarquer que jusqu'à l'avènement de l'œsophagoscopie l'affection n'était ni diagnostiquée ni traitée et constituait une trouvaille d'autopsie. Aujourd'hui, où le diagnostic précoce peut être fait, le pronostic apparaît comme moins sombre.

Le meilleur traitement de l'ulcère peptique consiste dans la désinfection du foyer local d'infection et l'application, sous le contrôle de l'œsophagoscope, de topiques locaux tels que nitrate d'argent ou sousnitrate de bismuth, ceci sans préjudice du traitement palliatif des divers symptômes fonctionnels et, en particulier, des douleurs.

PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

R. Dickinson (de New-York). ***La stérilisation chirurgicale sans suppression des caractères sexuels*** (*Journal of the American medical Association*, t. XCII, n° 5, 2 Février 1929). — D. expose dans ce travail les procédés chirurgicaux employés en Californie où la stérilisation des aliénés et des arriérés est pratiquée sur une large échelle et de façon méthodique : en effet, de 1909 à 1928, 5.820 sujets ont été ainsi « stérilisés », dont 3.232 hommes (2.705 aliénés et 527 arriérés) et 2.588 femmes (1.792 aliénées et 527 arriérées).

1° *Chez l'homme*, le procédé le plus employé en Californie est la ligature des canaux déférents non loin de leur implantation dans le testicule, avec résection du canal sur une certaine étendue (vasectomie).

D. décrit minutieusement, avec figures à l'appui, la technique de cette intervention.

Celle-ci n'entraîne aucune diminution des caractères sexuels secondaires : il y aurait même, dans bien des cas, hyperplasie des cellules interstitielles du testicule après l'opération, si bien que la ligature des canaux déférents pourrait aboutir à un véritable rajeunissement tel qu'il s'observe après les greffes testiculaires ;

2° Chez la femme, les chirurgiens californiens pratiquent de même la ligature et la résection des trompes (salpingectomie) en laissant les ovaires en place.

Pour vérifier l'oblitération des trompes on peut se servir d'un procédé d'insufflation au moyen d'un dispositif manométrique dont D. est l'inventeur et dont il reproduit le schéma ;

3° A côté des procédés chirurgicaux, D. préconise chez la femme un procédé non sanglant, par galvano-cautérisation de l'abouchement des trompes dans les cornes utérines, à l'aide d'un appareil appelé « hystéroscope ». On peut également, en utilisant le même appareil, provoquer l'oblitération des trompes par cautérisation chimique au moyen du nitrate d'argent.

Il est impossible de résumer les détails techniques très précis et complets que donne D. pour ces diverses interventions auxquelles on ne peut refuser, entre autres mérites, celui de l'originalité.

PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

L. Aycock, E. Luther et S. Cramer (de Boston). ***La technique du traitement de la poliomyélite aiguë par le sérum de convalescents*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCII, n° 5, 2 Février 1929). — A., L. et C. déclarent se borner dans leur travail à préciser les détails de technique au point de vue du traitement de la poliomyélite par le sérum de convalescents, sans entrer dans la discussion concernant l'efficacité de cette thérapeutique.

1° *En ce qui concerne le donneur*, il est préférable de choisir un sujet ayant eu une attaque franche et caractérisée de poliomyélite. Sans doute, le sérum des sujets atteints de formes frustes possède les mêmes propriétés antitoxiques, mais ici l'incertitude fréquente du diagnostic doit conduire à une grande circonspection dans le choix de tels sujets. D'autre part, étant donné que l'immunité naturelle, surtout en milieu épidémique, s'étend jusqu'aux sujets qui n'ont présenté aucun signe clinique de poliomyélite, on a proposé de traiter l'affection au moyen de sérum d'adulte normal, non convalescent de poliomyélite ; mais on ne possède pas actuellement de précisions suffisantes au sujet de la fréquence et de l'importance des propriétés immunisantes chez les sujets normaux, et il paraît préférable, pour le moment, de s'en tenir à l'emploi du sérum de convalescents.

Le moment le plus propice pour recueillir le sang du donneur est celui où les phénomènes aigus ont disparu et où le malade entre dans la phase chronique de l'affection. Toutefois, les propriétés immunisantes du sérum persistent à l'état permanent, si bien que celui-ci demeure pratiquement utilisable, même lorsqu'il est prélevé plusieurs années après l'attaque initiale ;

2° A., L. et C. décrivent ensuite avec minutie l'*appareil* dont ils se servent pour les injections, et dont ils donnent d'ailleurs une reproduction photographique. Le dispositif en question consiste en deux récipients reliés par un tube de caoutchouc, l'un servant à recueillir le sang du donneur, et l'autre à faire l'aspiration nécessaire pour recueillir une quantité de sang suffisante le plus rapidement possible. On prélève en moyenne 400 à 500 cmc de sang ;

3° *La préparation même du sérum* comporte les manipulations suivantes :

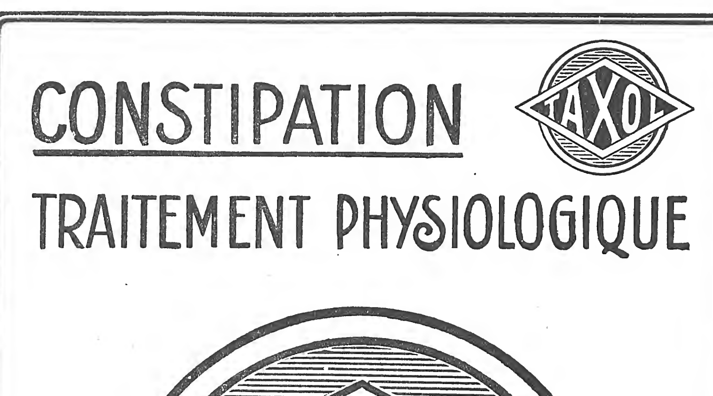
Chauffage du sang à l'étuve à 37° pour hâter la rétraction du caillot ; conservation de celui-ci à la glacière pendant plusieurs heures ou toute une nuit, centrifugation et répartition du sérum en fioles de verre, stérilisation à l'autoclave du sérum ainsi réparti. D'autre part, pour chaque donneur, est pratiquée une réaction de Wassermann ;

4° *Mode d'administration du sérum*. A., L. et C. conseillent d'associer l'injection intrarachidienne de 20 cmc de sérum et l'injection intraveineuse de 60 cmc avec les précautions d'usage (sérum chauffé, dilué et injecté lentement dans une veine du pli du coude). On voit habituellement se produire à la fois une réaction méningée et une réaction générale de choc, mais il est très rare que celles-ci prennent des proportions alarmantes.

A., L. et C. ne donnent aucune précision sur le rythme et le nombre des injections qui doivent être pratiquées, se bornant à recommander de ne pas renouveler l'injection intrarachidienne si la réaction méningée est excessive.

PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

N. Kugelmass et J. Tritsch (de New-York). ***La prévention pré-natale des maladies hémorragipares des nouveau-nés*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCII, n° 7, 16 Février 1929). — K. et T. rapportent l'observation d'une femme dont les 4 premiers enfants moururent, très peu de temps après la naissance, avec les symptômes du *melæna du nouveau-né*, c'est-à-dire d'un processus hémorragipare s'apparentant à l'hémophilie, et caractérisé par une diminution de la prothrombine dans le sang circulant. Or, lors d'une 5e grossesse, l'examen du sang de la mère, pratiqué au cours du 2e mois, révéla le même stigmate hématologique que chez les nouveau-nés : le sang prélevé au bras par ponction veineuse, ou pris par piqûre sous-cutanée, montrait un retard très appréciable de la coagulation ; et les épreuves *in vitro* indiquaient un abaissement net du


CONSTIPATION
TAXOL
TRAITEMENT PHYSIOLOGIQUE


TAXOL

taux du fibrinogène et de la prothrombine, tandis que le chiffre des plaquettes restait normal. La thérapeutique instituée par K. et T. consista à donner au sujet un régime particulièrement riche en protéines et en lipoïdes, notamment en lécithine. A cet effet, l'alimentation prescrite comportait une proportion élevée de viscères tels que poumon, rein, cervelle, testicule, pancréas, foie; d'autre part, pour contre-balancer le rôle acidosant des protéines en question, le régime comportait également une proportion élevée de fruits et de légumes à teneur élevée en hydrocarbones. L'usage d'un tel régime ramena le sang de la mère à la normale ; la grossesse se termina par la naissance d'un enfant, qui ne présenta aucun stigmate de maladie hémorragipare.

K. et T. se défendent d'apporter des conclusions formelles à la suite d'un seul cas, mais ils attirent l'attention sur l'intérêt qui paraît s'attacher au traitement préventif durant la grossesse, par l'usage d'un régime spécial appliqué à la mère, de diverses maladies du nouveau-né.

Pierre-Noel Deschamps.

J. Kennedy (de Rochester). ***Les classifications de groupes sanguins utilisées dans les hôpitaux des Etats-Unis et du Canada*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCII, nº 8, 23 Février 1929). — On s'est efforcé récemment aux Etats-Unis de substituer à la classification de Moss et à celle de Janski, basées toutes deux sur la division en 4 groupes, une classification nouvelle, où les groupes seraient désignés par des lettres de l'alphabet, et qui serait, au dire des auteurs qui la préconisent, à la fois plus complète et plus précise : elle est désignée sous le nom de « nouvelle classification de Landsteiner ». K., désirant avoir des précisions sur les préférences du public médical à ce sujet, a envoyé un questionnaire à 611 hôpitaux des Etats-Unis et du Canada; 552, soit plus de 90 pour 100 d'entre eux, lui ont répondu. Voici les résultats de son enquête. La classification de Moss est usitée dans 392 hôpitaux, c'est-à-dire 71 pour 100, celle de Janski dans 91, soit 16 pour 100; les deux méthodes de Janski et de Moss sont simultanément employées dans 15 établissements (2,7 pour 100).

Enfin la nouvelle classification de Landsteiner n'est utilisée que dans 36 hôpitaux, soit 4,7 p. 100; par conséquent, plus des trois quarts des hôpitaux de l'Amérique du Nord font usage, encore aujourd'hui, de la classification de Moss, et ceci, bien qu'en 1921, aux Etats-Unis, un comité officiel ait recommandé comme préférable l'usage de la classification de Janski.

Il y a donc intérêt, suivant K., à s'en tenir à la classification de Moss qui a les préférences très marquées de l'opinion médicale et qui est aujourd'hui classique, et de ne pas apporter, par la recherche d'autres méthodes de groupement, une confusion nouvelle dans cette question si complexe des groupes sanguins.

Pierre-Noel Deschamps.

A. Herschfield, O. Kibler, S. Colby, M. Kœnig, O. Schmidt et A. Saunders (de Chicago). ***Le traitement par le sodoku dans la paralysie générale*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCII, nº 10, 9 Mars 1929). — C'est Solomon (*Arch. Int. med.*, tome XXXVIII, Septembre 1926) qui eut le premier l'idée d'employer dans le traitement de la paralysie générale l'inoculation du *Spirochæta Morsus-Muris* agent du sodoku. Les auteurs du présent article ont repris ces recherches et ont traité ainsi 62 malades atteints de paralysie générale.

Tous les malades furent inoculés avec le sang d'un cobaye infecté par le *Spirochæta Morsus-Muris*; en effet, le sang du rat infecté ne donne à l'homme inoculé aucune réaction fébrile, la maladie se transmet du rat à l'homme uniquement par la morsure de cet animal.

Dans la majorité des cas, une réaction locale est apparue au siège de l'inoculation ; celle-ci consistait d'abord en une simple induration mais, du 10e au 15e jour, eu la formation d'un placard inflammatoire ; le terme de cette évolution était soit une vésicule qui se rompait ou se desséchait sur place, soit une escarre qui aboutissait à une ulcération assez étendue ; en même temps, apparaissait une adénopathie inguinale qui n'aboutissait pas à la suppuration, et des douleurs vives dans le membre inoculé.

Parallèlement à cette réaction locale une poussée fébrile apparaissait de 10 à 15 jours après l'inoculation, sans s'accompagner de frissons. La réaction thermique atteignait son maximum le 2e jour et durait 4 ou 5 jours, puis retombait à la normale ; cette première phase fébrile était suivie d'un certain nombre de poussées analogues, se prolongeant chacune 2 ou 3 jours et séparées par un intervalle d'apyrexie de même durée.

Comme phénomènes accessoires, il faut noter des éruptions de divers types ou même l'apparition de papules pigmentées, ces éruptions se faisant par poussée coïncidant avec une ascension thermique et un état de malaise général.

Après avoir laissé évoluer un certain nombre d'accès fébriles, pendant une durée moyenne de trente jours, on interrompait le cycle évolutif de ceux-ci au moyen d'une injection intraveineuse de 0,30 centigr. d'un composé novarsenical ; dans 50 pour 100 des cas, une seule injection suffisait; exceptionnellement 3 injections à la même dose étaient nécessaires.

Les auteurs ont noté dans certains cas l'apparition de certaines complications, en particulier d'arthralgies plus ou moins étendues. Enfin, 10 de leurs malades moururent pendant le traitement et, dans 2 cas, la mort semble pouvoir être directement attribuée à la maladie inoculée au malade.

Les résultats de cette méthode sont les suivants : après 1 an d'observation, 50 pour 100 des malades traités présentent une amélioration de l'état physique, 20 pour 100 une amélioration des signes mentaux. Le degré de l'amélioration ne paraît être d'ailleurs nullement en rapport avec l'importance des accès fébriles provoqués par l'inoculation. C'est l'amélioration physique qui, en définitive, apparaît comme le phénomène le plus frappant et le plus précoce, les modifications de l'état mental, quand elles se produisent, étant habituellement beaucoup plus tardives.

Pierre-Noel Deschamps.

S. Curtis (de Boston). ***Le diabète chez les jumeaux*** (*Journal of the American Medical Association*, t. XCII, nº 12, 23 Mars 1929). — C. n'a pu relever dans la littérature médicale que 7 cas de diabète chez des jumeaux ; il en rapporte 6 autres, les uns personnels et les autres qui lui ont été signalés par certains de ses collègues et, notamment, par Joslin : ceci porte à 13 le nombre total des observations ; chacune d'elles est brièvement résumée par C.

L'existence de diabète chez les jumeaux est d'un grand intérêt au point de vue de la pathologie générale du diabète, car elle pose le problème du rôle de l'hérédité dans cette affection.

En pratique, d'autre part, suivant C., quand sur deux jumeaux on voit le diabète se développer chez l'un d'eux, il faut considérer le second comme virtuellement diabétique, et étudier avec le plus grand soin chez lui le métabolisme des hydrocarbones : c'est dans les observations prolongées et méthodiquement répétées qu'on peut voir la maladie se développer chez le sujet qui avait paru tout d'abord indemne.

Sur une série totale de 6.000 diabétiques, C. a rencontré 4 fois la coïncidence du diabète chez deux jumeaux. En évaluant la proportion approximative des cas de gemelliparité chez les 6.000 malades en question, C. arrive à cette conclusion que le diabète serait neuf fois plus fréquent chez les jumeaux qu'il ne l'est chez les autres sujets. Il y aurait grand intérêt à ce que de nouvelles observations pussent venir corroborer cette notion de fréquence particulière du diabète chez les jumeaux.

Pierre-Noel Deschamps.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY *(Chicago)*

Driver. ***Radiothérapie médullaire du lichen plan*** (*Archives of Dermatology and Syphilology*, tome XIX, nº 4, Avril 1929). — D. a traité 17 cas de lichen plan par la radiothérapie médullaire : 12 (70,6 pour 100) ont été favorablement influencés et parmi ces 12, 10 ont été complètement guéris (59 pour 100). C'est le lichen plan généralisé aigu qui réagit le plus favorablement. Dans le lichen plan chronique, les résultats sont plus incertains. Il en est de même pour le lichen plan buccal.

D. employa dans ses essais les 2 méthodes préconisées par Gouin et par Pautrier : il donne la préférence à la méthode filtrée. Le nombre des séances nécessaires pour obtenir un résultat a été souvent plus grand que celui qui est signalé par les auteurs. La méthode des petites doses sur 2 champs et répétée, si cela est nécessaire, a l'avantage d'une grande simplicité et évite les dangers d'une application d'une dose élevée sur une surface plus étendue.

R. Burnier.

O'Donovan. ***Cancer professionnel de la peau*** (*Archives of Dermatology and Syphilology*, t. XIX, nº 4, Avril 1929). — Les cancers professionnels de la peau les plus fréquents s'observent chez les ouvriers qui travaillent avec les *produits anthracéniques*, chez les ramoneurs, les ouvriers qui manipulent le goudron, la créosote, la paraffine. Il s'agit habituellement d'épithéliomas spino-cellulaires, évoluant sans métastases, et apparaissant tardivement (parfois au bout de 25 ans). On peut observer également chez ces ouvriers d'autres lésions accessoires : acné, kératoses, télangiectasies.

Un épithélioma spino-cellulaire, unique ou multiple, accompagné de pigmentation, de kératoses, s'observe aussi chez les ouvriers qui travaillent dans l'*arsenic*, en particulier dans les industries qui emploient l'arsénite de soude contenant du sulfure d'arsenic et de l'acide arsénieux libre. Les lésions peuvent siéger à la face, à l'abdomen, au scrotum, à la clavicule, au thorax.

L'emploi des *huiles minérales* lourdes dans l'industrie peut également amener au bout de quelques années l'apparition de tumeurs cancéreuses, ainsi que O'D. l'a observé chez un armurier dont les vêtements étaient imprégnés depuis 39 ans d'huile et de vaseline ; 15 tumeurs cutanées ont été enlevées chirurgicalement.

Enfin on connaît la fréquence de l'épithélioma des mains chez tous ceux qui manipulent les *rayons X*.

R. Burnier.

Harther Keim. ***Les lymphoblastomes*** (*Archives of Dermatology and Syphilology*, tome XIX, nº 4, Avril 1929). — Sous le nom de lymphoblastomes, K. étudie les diverses affections cutanées d'origine lymphatique (mycosis fongoïde, leucémides, etc.); il en rapporte 20 observations, dont 10 suivies d'autopsie. Ce qui frappe dans ces cas, c'est l'extrême variabilité des signes cliniques, ce qui rend difficile toute classification. Mais dans ces diverses affections, l'aspect histologique et microscopique est semblable ; dans tous les cas on observe des tumeurs de la série lymphatique.

Sur 10 cas de *mycosis fongoïde*, le nombre des leucocytes variait de 6.350 à 45.000, le pourcentage des lymphocytes variait de 11 à 67 pour 100, celui des éosinophiles de 0 à 22 pour 100. Sur 7 cas de *leucémie cutanée*, le nombre de leucocytes variait de 24.000 à 250.000, le pourcentage des lymphocytes de 47 à 96 pour 100, celui des éosinophiles de 0 à 34 pour 100.

K. rapporte encore 2 cas d'*érythrodermie exfoliatrice* généralisée et 1 cas de *poikilodermie atrophiante* présentant de 8.500 à 19.000 leucocytes, 10 à 21 pour 100 de lymphocytes et 2 à 12 pour 100 d'éosinophiles. Dans tous ces cas la biopsie montra dans les lésions la prédominance de cellules lymphatiques, tantôt le petit lymphocyte rond, tantôt le grand mononucléaire, tantôt le petit mononucléaire.

La nationalité, l'âge et la profession ne paraissent pas jouer un rôle dans l'étiologie de ces lymphoblastomes ; sur 20 cas, on nota 17 hommes.

R. Burnier.

Traitement des cholécystites chroniques

Le traitement des cholécystites aiguës se confond avec celui des angiocholites aiguës (voir *Répertoire spécial*) : aussi ne sera-t-il question ici que des cholécystites chroniques.

1° *Vie active au grand air*, sans fatigue, exercices physiques (*éviter les secousses*);

2° Chaque jour, *bain tiède à 37°*, d'une durée de quinze minutes, suivi d'une *friction générale au gant de crin*;

3° *Trois jours par semaine, régime mixte* : potages de farines de céréales au lait, à l'eau ou au bouillon de légumes, gruaux d'orge et d'avoine, tapioca, arrow root, vermicelle ; légumes secs, pommes de terre en purée, riz, pâtes alimentaires (nouilles, macaronis, spaghettis) cuites à l'eau, légumes verts cuits à l'eau additionnés de beurre frais à table : haricots verts, salades cuites, endives, artichauts, céleris, carottes, laitues, épinards, poircaux. Viandes grillées ou rôties en petite quantité. Fromages Gervais. Marmelades ou gelées de fruits. Confitures. Biscottes. Boisson : eau pure.

S'abstenir de ragoûts, aliments gras, épices (poivre, moutarde, vinaigre), charcuterie, abats, crustacés, œufs, alcool, liqueurs, vin pur.

Trois jours par semaine, végétarisme strict.

Un jour par semaine, jeûne avec lait écrémé et boissons diurétiques.

Au cours des crises douloureuses, régime lacté absolu : *lait écrémé*, d'abord 1 litre dans les vingt-quatre heures, augmenter progressivement jusqu'à 2 litres 1/2, pris par petites tasses toutes les demi-heures (lotion alcaline de la bouche après chaque prise), additionné, en cas de diarrhée, d'une cuillère à café d'eau de chaux; ou bien *kéfir maigre* ou *yohourth*. *En cas d'intolérance intestinale* pour le lait, donner du *bouillon de légumes* ou du *bouillon de céréales*;

4° Pendant dix jours, prendre le matin à jeun, dans un demi-verre d'eau tiède, un des paquets suivants :

Sulfute de magnésie	5 gr.
Peptone	2 gr.

ou 3 cuillerées à café d'*agocholine*.

Puis se coucher un quart d'heure sur le côté droit, et, une demi-heure après, prendre le petit déjeuner.

En cas de vésicule très sensible ou de péricholécystite fébrile, s'abstenir ou diminuer la dose.

Et prendre à midi et le soir, avant le repas, une capsule d'*huile de Haarlem*;

5° Les dix jours suivants, prendre le matin à jeun 0 gr. 50 d'*uroformine* dissous d'avance dans un verre d'eau d'Evian, et avant les repas du midi et du soir : X à XX gouttes d'*extrait fluide de Combretum* dans un peu d'eau ;

6° Pendant les dix jours suivants, prendre le matin à jeun une dose croissante d'*huile d'olives* pure additionnée d'un peu de jus de citron. Commencer par 50 cmc et augmenter de 25 cmc par jour ; ou bien une capsule d'*acide oléique* (*cholélyse Carbou*).

Et, au début des repas de midi et du soir, prendre une pilule de *bilifluine* (oléate de soude);

7° Pendant les 10 jours suivants, prendre un quart d'heure avant les repas du matin, midi et soir, deux *granules de Boldine* de 0 gr. 001 ;

8° Pendant les dix jours suivants, prendre le matin à jeun une pilule de *calomel* de 0 gr. 02;

9° Pendant les dix jours suivants, prendre le matin, à 12 heures, à 16 heures et à 19 heures, avant les repas, un des cachets :

Salicylate de soude	0 gr. 40
Benzoate de soude	0 gr. 20

10° En cas de douleur persistante, *applications locales humides et chaudes* plusieurs fois par jour ou bien *diathermie* : 5 à 6 séances, suffisent souvent.

Si la douleur est liée à une poussée aiguë et devient plus intense, appliquer deux ou trois fois par jour un *suppositoire avec 1 centigr. de chlorhydrate de morphine* et *2 centigr. d'extrait de belladone*, ou bien faire une *injection sous-cutanée de 1 centigr. de morphine*;

11° *En cas de stase iléo-cæcale avec constipation*, prendre 1 à 2 cuillerées à soupe d'*huile de paraffine* au petit déjeuner du matin ou 3 à 4 cuillerées à café de *coréine* le soir avec le potage, et, en plus, si besoin, une pilule (*évonymine* : 0 gr. 05+*podophylline* +*extrait de jusquiame* : *àâ 1 centigr.*).

Si la colite s'accompagne de diarrhée, prendre, avant chaque repas, une cuillerée à café de poudre de *kaolin* dans un demi-verre d'eau ;

12° Faire une *cure hydrominérale à Vichy surtout ou bien à Pougues, Capvern ou Vittel*;

13° Quand une poussée aiguë fébrile ne cède pas au traitement médical, ou dans les formes douloureuses à crises subintrantes que rien ne calme, dans les hydrocholécystes volumineux, conseiller la *cholécystectomie*. L'opération ne suffisant pas toujours à guérir définitivement, continuer à suivre un régime et à faire des cures hydrominérales.

Contre-indications opératoires : albuminurie, glycosurie, obésité, hypertension artérielle élevée, atonie du myocarde, âge avancé (au-desus de 65 ans).

A. LUTIER.

Traitement de la chlorose

La chlorose est caractérisée par une *diminution* importante de *la teneur du sang en hémoglobine* (abaissement à 60, 50 et même 40 pour 100), tandis que la diminution du nombre de globules rouges est nulle ou modérée. Il en résulte que la valeur globulaire est très diminuée :

1° Commencer le traitement de tout chlorotique par le *repos au lit* pendant quinze jours à trois semaines, et même six semaines à deux mois dans les cas graves; dans *une chambre bien éclairée par le soleil, aérée nuit et jour*.

Eviter toute préoccupation intellectuelle et morale, toute fatigue (lectures prolongées, visites, etc.).

Ultérieurement, se lever en augmentant progressivement la durée du lever : d'abord, exclusivement pour les repas; puis sorties en voiture, puis marches très courtes.

2° Quand le malade aura quitté le lit, faire chaque jour une *friction générale au gant de crin*.

Plus tard, donner des *bains salins*. A la fin du traitement *tubs froids à l'éponge* suivis d'une friction sèche et promenade ou *douche froide en jet 15-20"* ou *douche chaude 1'* suivie d'un jet extrêmement court.

Marche et exercices réguliers sans aller jusqu'à la fatigue.

Gymnastique respiratoire à l'air libre, matin et soir.

3° Pendant la première semaine du traitement, *régime lacto-végétarien* ou même *lacté absolu*, suivant l'intensité des troubles gastro-intestinaux. Puis ajouter des œufs; ensuite ajouter de la viande crue, râpée. Au bout de quinze jours à trois semaines arriver au *régime définitif* : manger à sa faim, sans se suralimenter. Boire peu. Très peu de pain, très peu de féculents. Prendre surtout des aliments riches en fer : viandes rouges (bœuf, cheval), poissons à chair maigre, jaunes d'œufs, épinards, choux verts (s'ils sont facilement digérés), chicorée, lentilles, haricots, s'abstenir de vinaigre, salades, vin, bière, café, thé.

Après les repas s'étendre pendant une heure.

4° Prendre les préparations martiales à doses faibles, le moins de temps possible et en les variant : dans les formes moyennes ou intenses, ne commencer *surtout* ce traitement qu'après huit jours de lit et de régime lacto-végétarien :

Protoxalate de fer	àâ 0 gr. 10
Poudre de rhubarbe	àâ 0 gr. 20

Pour 1 cachet.

Commencer par 0 gr. 10 par jour au début du repas de midi. Au bout de deux à trois jours, 0 gr. 10 matin et soir et deux à trois jours plus tard 0 gr. 20, deux fois par jour.

En cas de dyspepsie légère prendre, en même temps, une demi-heure après les repas, dans un demi-verre d'eau sucrée, une cuillerée à soupe de solution d'HCl officinal à 1 pour 100.

ou bien :

Iodure de fer	àâ 0 gr. 10
Cascara sagrada	
Extrait de gentiane	0 gr. 05

Pour 1 pilule. 2 à 5 par jour (surtout indiqué chez les lymphatiques).

ou bien :

Tartrate ferrico-potassique	àâ 0 gr. 10
Extrait de gentiane	
Extrait de noix vomique	àâ 0 gr. 005
Extrait thébaïque	

Pour 1 pilule. 2 à chaque repas (chlorose avec gastralgie)

En cas d'aménorrhée, remplacer l'extrait de gentiane par l'*extrait d'armoise* et en *cas de ménorragie*, par l'*ergotine*.

Si le fer détermine des douleurs gastriques, perte de l'appétit, recourir aux *injections sous-cutanées d'électromartiol Clin* ou de

Cacodylate de fer	0 gr. 03
Eau physiologique stérilisée	1 cmc

Pour 1 ampoule. 1 à 3 par jour.

5° Faire chaque jour pendant dix jours (avant l'époque des règles) une injection sous-cutanée avec une ampoule d'*extrait ovarien*.

6° Prendre la *médication arsenicale* dans les formes graves voisines de l'anémie pernicieuse, dans les chloroses tardives (ménopause), dans les chloroses des jeunes garçons : Liqueur de Fowler : progressivement de X à XX ou XXX gouttes par jour en deux fois aux repas, puis redescendre progressivement à X gouttes, ou injections sous-cutanées de 0 gr. 05 à 0 gr. 10 par jour de cacodylate de soude.

7° *En cas de chlorose dyspeptique*, régime lacté pour commencer, compresses humides chaudes en permanence sur l'estomac, s'il s'agit d'hyperpeptiques. En cas d'hypopepsie avec atonie gastrique, donner une demi-heure après les repas HCl ou une cuillerée à soupe de dyspeptine; massage de l'estomac.

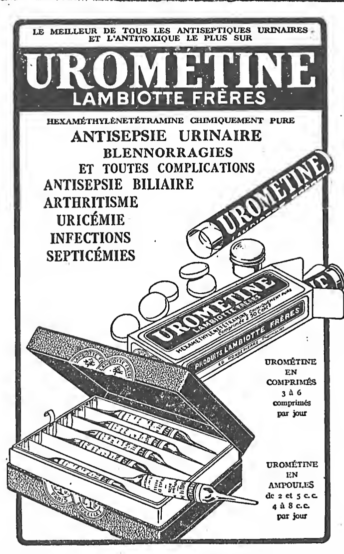
8° Dans la chlorose grave, petites transfusions sous-cutanées ou intraveineuses de 20 à 40 cmc, 2 fois par semaine.

9° *Au moment de la convalescence, changement d'air*, un à deux mois à la campagne dans climat ni trop sec, ni trop humide, de préférence au voisinage d'une forêt ou à la montagne (800 à 1.200 m.), *cure hydrominérale* surtout s'il y a des phénomènes algiques et des troubles nerveux : Bussang; Forges-les-Eaux, Luxeuil (s'il y a des troubles de la menstruation); La Bourboule, le Mont-Dore.

Les lymphatiques, les strumeux, les déminéralisés iront à Salins-Moutiers, Salins-du-Jura, Biarritz, Briseous.

A. LUTIER.


L'ASSÉCHANT BRONCHIQUE LE PLUS EFFICACE
ET LE MIEUX TOLÉRÉ GASTRIQUEMENT
PERLES
TAPHOSOTE
LAMBIOTTE FRÈRES
Dosées à 0 gr. 25 de tanno-phosphate de créosote.
(CRÉOSOTE 76 %. – ACIDE PHOSPHORIQUE 19 % – TANIN 5 %)
BRONCHITES
CHRONIQUES
CATARRHES
SÉQUELLES DES GAZ
TOXIQUES
PRÉTUBERCULOSE
TUBERCULOSE
PULMOMAIRE
MODE D'EMPLOI
PERLES TAPHOSOTE
LAMBIOTTE FRÈRES
Dose moyenne :
5 perles par jour.


LE MEILLEUR DE TOUS LES ANTISEPTIQUES URINAIRES
ET L'ANTITOXIQUE LE PLUS SUR
UROMÉTINE
LAMBIOTTE FRÈRES
HEXAMÉTHYLÈNETÉTRAMINE CHIMIQUEMENT PURE
ANTISEPSIE URINAIRE
BLENNORRAGIES
ET TOUTES COMPLICATIONS
ANTISEPSIE BILIAIRE
ARTHRITISME
URICÉMIE
INFECTIONS
SEPTICÉMIES
UROMÉTINE
PRODUITS LAMBIOTTE FRÈRES
UROMÉTINE
EN
COMPRIMÉS
3 à 6
comprimés
par jour
UROMÉTINE
EN
AMPOULES
de 2 et 5 c.c.
4 à 8 c.c.
par jour

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES D'OCULISTIQUE

(*Paris*)

P. Baillart. ***La pression artérielle rétinienne dans l'hypertension céphalo-rachidienne*** (*Annales d'Oculistique*, tome CLXVI, n° 4, Avril 1929). — B. rappelle que la stase papillaire, signe de grande valeur, fait défaut 1 fois sur 2 dans l'hypertension intracranienne. C'est dans ces cas que la tonoscopie prend un grand intérêt. La pression artérielle rétinienne normale est de 30 à 35 pour la diastolique, 70 pour la systolique et il y a hypertension rétinienne chaque fois que la pression rétinienne diastolique est supérieure à la moitié de la pression diastolique humérale. Or, cette hypertension rétinienne isolée se rencontre dans toutes les formes d'hypertension intracranienne. Expérimentalement, cette donnée se confirme : en comprimant directement le cerveau d'un trépané, on provoque presque immédiatement une augmentation de la pression artérielle diastolique des vaisseaux papillaires Dans la majorité des cas, la pression artérielle rétinienne baisse à la suite d'une ponction lombaire. Cependant il n'y a pas de parallélisme entre l'importance. de l'hypertension rétinienne et celle de l'hypertension intracranienne.

Lorsque apparaît la stase papillaire, la chute de pression rétinienne est constante, alors même qu'il y avait précédemment hypertension.

B. estime que la tonoscopie peut rendre de grands services dans le diagnostic d'hypertension intracranienne, à condition qu'il n'y ait ni atrophie du nerf optique, ni hypertension artérielle générale.

A. Cantonnet.

REVUE DE STOMATOLOGIE

(*Paris*)

Grosset (Moscou). ***Etude de la flore buccale et de sa signification dans la pyorrhée alvéolaire*** (*Revue de Stomatologie*, tome XXXI, n° 4, Avril 1929). — G. divise les hôtes constants de la bouche en 3 groupes.

Dans le 1er groupe, figure la flore habituelle (*leptothrix buccalis*, *bacillus maximus buccalis*, vibrions, protozoaires) qui ne paraît pas jouer de rôle important dans la pathologie buccale.

Dans le 2e groupe, se trouvent les cocci, notamment les diplostreptocoques, qui sont les agents courants des infections d'origine dentaire.

Enfin le 3e élément, l'association fuso-spirillaire, se montre dans les affections négligées de la bouche et dans la pyorrhée alvéolaire. Etudiant de nombreux cas de cette affection si répandue, G. a constaté qu'au fond du clapier pyorrhéique se trouvait la fuso-spirillose, dans la partie moyenne, les cocci et, à l'entrée, la flore habituelle. La flore à cocci paraît avoir un rôle initial. Elle est remplacée au fur et à mesure par la fuso-spirillose.

C. Ruppe.

PARIS MÉDICAL

Philippe Decourt. ***Etude clinique sur le système nerveux dans le typhus exanthématique*** (*Paris médical*, tome XIX, n° 17, 27 Avril 1929). — Avec le cœur, le système nerveux est l'organe le plus touché dans le typhus exanthématique et celui dont l'atteinte est la plus grave.

Les complications nerveuses indiquent généralement une forme grave.

Laissant de côté les accidents bien classés, tels que hémiplégies, troubles médullaires, accidents bulbo-protubérantiels, D. insiste surtout sur une série de troubles nerveux, encore mal classés, ne s'accompagnant pas d'atteinte du faisceau pyramidal et se rapprochant des troubles nerveux observés au cours d'*encéphalite épidémique*. Outre la céphalée, l'insomnie, le délire et la diplopie qui sont des signes précoces du typhus, D. a observé des myoclonies, des crises de hoquet, des contractures, le phénomène de la roue dentée, du tremblement, du nystagmus au cours du typhus.

Le typhus laisse après lui des séquelles nerveuses qui évoluent vers la mort : contractures, tremblements de type pseudo-parkinsonien, hoquets, myoclonies et mouvements choréiques, ou des troubles frustes qui persistent fréquemment de longs mois après le typhus : asthénie, avec fatigabilité particulièrement rapide, paresthésies, crampes, etc.

Robert Clément.

Marcel Labbé et Gilbert-Dreyfus ***Diabète et maladie de Basedow associés*** (*Paris médical*, t. XIX, n° 18, 4 Mai 1929). — L'association du diabète et de la maladie de Basedow est assez fréquente pour qu'on doive admettre, non pas une simple coïncidence mais une véritable relation morbide. Le trouble constant de la gluco-régulation décelé par l'épreuve d'hyperglycémie provoquée chez les basedowiens montre que l'hyperactivité thyroïdienne exerce une influence sur le métabolisme des sucres. L. et G. apportent un nouveau cas de cette association fréquente.

Le diabète peut offrir tous les degrés de gravité Quand la mort survient, elle est due au coma acidosique ou au collapsus cardiaque. Dans la plupart des cas, le diabète et le goitre exophtalmique évoluent parallèlement, subissant des poussées évolutives simultanées.

La fréquence de l'association, l'évolution par poussées simultanées des deux maladies avaient amené L. à penser qu'il pouvait y avoir un diabète thyroïdien distinct du diabète pancréatique habituel. Toute une série d'expériences tend à montrer que l'hyperthyroïdie peut créer un véritable diabète dans lequel le foie est incapable de retenir le glycogène. Les traitements actifs de la maladie de Basedow par l'iode, les rayons X, la thyroïdectomie, exercent simultanément une action favorable sur le diabète associé. Dans le cas rapporté, L. et G. ont constaté que l'iode a eu à deux reprises une influence modératrice très nette sur le goitre exophtalmique, que le régime et l'insuline ont agi très efficacement sur le diabète, mais que l'insuline n'a eu aucune action sur le goitre, et l'iode, après avoir amélioré le goitre, n'a pas semblé au début agir sur le diabète, mais a contribué à l'améliorer dans une phase ultérieure. Ces faits ont amené les auteurs à une conception moins simple du diabète des basedowiens.

Le diabète basedowien est un *diabète ordinaire* lié à l'insuffisance de la sécrétion pancréatique et interne. Il réagit au régime alimentaire et à l'insuline et aboutit à l'acidose comme tous les diabètes. Il se distingue du diabète pancréatique ordinaire parce qu'il évolue simultanément avec le goitre exophtalmique et parce qu'il est moins nettement sensible à l'action des régimes et de l'insuline. Hypo-insulinie pancréatique et hypersécrétion thyroïdienne ajoutent leurs effets pour produire un diabète à allure sérieuse. Le traitement doit s'adresser à la fois aux deux syndromes.

Si le diabète est plus fréquent chez les basedowiens, on peut se demander si c'est parce que l'hyperthyroïdie révèle un diabète insulinien modéré qui serait resté latent ou par synergie endocrinienne.

Robert Clément.

P. Mauriac et Aubertin. ***Comment peut-on concevoir le diabète pancréatique après la découverte de l'insuline*** (*Paris médical*, tome XIX, n° 18, 4 Mai 1929). — On peut concevoir le diabète pancréatique chez l'homme comme résultant de plusieurs mécanismes. Ou bien, dans certains cas, les plus rares semble-t-il, il y a destruction si complète de l'organe qu'il y a défaut de sécrétion insulinienne. Ou bien l'hormone normalement sécrétée se trouve inactivée par une substance neutralisante, diffusant anormalement dans le sang par un excès de perméabilité globulaire. Ou bien encore les deux processus se trouvent associés et se renforcent au point de provoquer à eux deux un syndrome que chacun n'arriverait peut-être pas à déterminer à lui seul.

M. et A., pour rechercher s'il n'existait pas dans le sang une substance capable de neutraliser l'insuline, ont étudié ce que devenait une dose définie d'insuline mise en présence de sang total, de plasma, de sérum ou de globules sanguins provenant de sujets sains et de diabétiques. Ils ont constaté que, chez les sujets sains, le contact du sang avec l'insuline entraîne une diminution de son activité variable avec les individus de 30 pour 100 en moyenne. Chez les diabétiques, on observe une inactivation beaucoup plus variable pouvant aller de 100 pour 100 à la normale. La moyenne est de 56 pour 100 pour l'ensemble des diabétiques. Chez les sujets normaux comme chez les diabétiques, l'inactivation est beaucoup plus marquée par le contact avec les globules sanguins qu'avec le plasma et le sérum. Enfin, l'inactivation maxima est obtenue avec les globules hémolysés par éclatement en présence de l'eau distillée. Ce sont les produits d'hémolyse qui neutralisent alors l'hormone pancréatique et cette neutralisation est aussi intense avec les globules des sujets normaux qu'avec ceux des diabétiques.

M. et A. admettent, après Lœwi, l'existence, à l'intérieur des globules rouges de tous les individus, d'une substance capable de neutraliser l'insuline et dont le rôle consiste, sans doute, à régler les à-coups de l'insulinémie. Cette substance diffuse à travers la membrane médullaire. Son pouvoir de diffusion est plus élevé chez certains diabétiques ; cette augmentation de la perméabilité globulaire vis-à-vis de l'anti-insuline conditionne, chez ces derniers, l'état diabétique.

D'autres expériences auraient montré que les extraits de tissus tels que le rein, le muscle, le poumon ont un pouvoir neutralisant vis-à-vis de l'insuline. L'action de l'hormone pancréatique serait liée à l'intervention d'autres substances fournies par le sang et les cellules de l'organisme.

Ces mécanismes pathogéniques n'excluent pas la possibilité de diabète provenant d'autres troubles et notamment des diverses perturbations fonctionnelles endocrines qui peuvent agir seules ou en association avec les causes précédentes.

Robert Clément.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

M. Favre. ***Sur une manifestation musculo-tendineuse de la syphilis : les « contractures » syphilitiques ; la contracture syphilitique des jumeaux*** (*Journal de Médecine de Lyon*, tome X, n° 225, 20 Mai 1929). — F. rapporte l'observation d'un menuisier de 31 ans ayant présenté des douleurs musculaires spontanées au niveau des deux mollets. Presque nulles au repos, ces douleurs sont réveillées par la pression, la marche et même la simple station debout. Elles s'accompagnent de contracture qui maintient le pied en légère hyperextension, de céphalées, de courbatures, d'atteinte de l'état général et d'une fièvre oscillant autour de 38,5. La coexistence de syphilis maculeuse au niveau de la face interne du bras droit, la cicatrice d'un prétendu chancre mou, le résultat positif de la réaction de Bordet-Wassermann, l'efficacité des injections intraveineuses de novarsénobenzol ont permis de faire le diagnostic de contracture syphilitique des jumeaux et de rapprocher ces faits de la contracture syphilitique du biceps décrite par Fournier et que l'on observe quelquefois à la période secondaire, plus rarement à la période tertiaire.

Le terme de « contracture » classique est probablement impropre ; la mise en tension de l'appareil neuro-musculaire doit être le fait d'une lésion qui

affecte certains muscles au voisinage de leurs insertions aux tendons.

Ce syndrome local n'est que la manifestation révélatrice de la maladie générale qu'il importe de traiter. ROBERT CLÉMENT.

GAZETTE HEBDOMADAIRE des SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

A.-P. Heineck (de Chicago). ***Rupture traumatique de la rate : 3 observations personnelles; revue rapide de la littérature*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, tome L, n° 19, 12 Mai 1919). — Les observations de rupture traumatique de la rate normale sont assez nombreuses dans la littérature. La rupture se produit généralement après un écrasement direct de l'hypocondre gauche ou de la partie inférieure du thorax gauche. H. rapporte 3 nouvelles observations survenues à 8, 18 et 20 ans, ayant donné lieu à des symptômes d'hémorragies internes et, dans 2 cas, à une vive réaction péritonéale. La splénectomie, pratiquée 48 heures après, a été suivie dans les 3 cas d'une guérison complète.

Le diagnostic n'est pas toujours facile. Aucun symptôme n'est pathognomonique, sauf peut-être la matité persistante du côté gauche alors que la matité varie du côté droit avec les changements de position. Presque toujours, il y a après le traumatisme des phénomènes de choc. Une syncope peut survenir quelques heures ou quelques jours après. La douleur n'est pas toujours très localisée : elle est surtout marquée dans le cadran abdominal supérieur. Elle peut être iliaque, inguinale ou s'irradier dans la région lombaire. La douleur dans l'épaule gauche est un signe important, sinon certain, de la rupture de la rate; elle est signalée dans 10 pour 100 des observations. La contracture musculaire de la paroi abdominale apparaît généralement de bonne heure et augmente peu à peu; elle est d'abord localisée, puis elle s'étend à tout l'abdomen. Les signes d'hémorragie interne sont une indication d'intervention immédiate. Dans quelques cas le diagnostic a été basé sur l'examen du sang révélant une grande diminution des globules rouges.

Dans les cas de rupture de la rate abandonnés à eux-mêmes, le pronostic est extrêmement grave. La splénectomie, pratiquée aussitôt que possible, assure une hémostase complète et permanente. Elle sauve la vie du malade. L'ablation d'une rate normale rompue est habituellement une opération facile et d'exécution rapide. L'ablation d'une rate pathologique, enfouie dans les adhérences périspléniques, peut présenter de grandes difficultés, mais celles-ci ne sont pas insurmontables. Le drainage est rarement indiqué. ROBERT CLÉMENT.

JOURNAL DE MEDECINE DE BORDEAUX et de la RÉGION DU SUD-OUEST (Bordeaux)

E. Ginestous et P. Lande. ***L'œil en médecine légale; les signes oculaires de la mort*** (*Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, tome CVI, n° 14, 20 Mai 1929). — L'examen oculaire peut fournir des renseignements utiles pour le diagnostic de la réalité de la mort, de la date de la mort, de la cause de la mort.

Il n'est pas exact que l'homme meurt toujours les yeux entr'ouverts : il en est qui meurent les paupières ouvertes, d'autres les paupières mi-closes, d'autres, enfin, les paupières fermées. Les nouveau-nés, à terme ou non, gardent après la mort les yeux fermés. Chez les vieillards, au contraire, les yeux sont en général ouverts. La mort ne supprime pas les malformations congénitales ou acquises. Le volume des yeux, la durée de l'agonie ont une influence sur la fermeture des paupières.

Au moment de la mort, la sensibilité spéciale de l'œil disparaît en même temps que s'éteint la sensibilité générale. Mais l'insensibilité de la conjonctive ne peut être considérée comme un signe certain de la mort; elle se rencontre dans un grand nombre d'affections. L'affaissement du globe oculaire, la formation d'une toile glaireuse de la cornée, les rides de la cornée ont une grande valeur indicative. La disparition des images de Purkinje-Sanson est difficile à observer.

Sommer a donné comme signe de mort une tache grisâtre sur la partie externe du limbe scléro-cornéen.

Dans l'agonie, la pupille se contracte. Au moment de la mort, quelquefois quelques minutes avant le dernier battement du cœur, survient la mydriase, sauf dans les cas où la dilatation est empêchée par des lésions iriennes. Avec la mort, la pupille perd tous ses réflexes. La déformation de la pupille par la double pression sur le globe oculaire n'a pas de valeur comme signe de la mort.

L'examen du fond d'œil permet de constater la vacuité de l'artère centrale de la rétine, la décoloration grisâtre de la choroïde, la disparition de la papille et l'interruption gazeuse du sang des veines rétiniennes.

La coloration des milieux de l'œil par la fluorescéine, proposée par Icard, est très discutée.

L'état des paupières ne permet pas de préciser la date de la mort; au contraire, l'affaissement des globes oculaires permet de présumer une mort récente. Plus tard, l'œil reprend un certain tonus au moment de la putréfaction.

La dilatation pupillaire peut servir à affirmer une mort récente datant de 2 à 3 heures; ensuite, la pupille revient insensiblement sur elle-même.

L'examen des yeux peut aussi fournir des indications sur la cause de la mort. Dans la pendaison, on peut observer des ecchymoses des paupières, des conjonctives, de même que par la mort par strangulation, etc.

On a prétendu que les images visuelles de la dernière minute de la vie demeuraient enregistrées sur la rétine. Cette photographie rétinienne est une illusion de l'esprit qui ne repose sur aucune base scientifique. ROBERT CLÉMENT.

BRUXELLES MÉDICAL

Leunckens et Pastiels. ***Panphlegmon des seins; amputation bilatérale; son influence au point de vue physiologique et sur l'état de grossesse*** (*Bruxelles médical*, tome IX, n° 26, 28 Avril 1929). — Chez une femme de 37 ans, au cours d'une septicémie à staphyloroques, se développèrent des abcès du sein. L'ouverture, le drainage et la vaccination ayant échoué et devant l'altération de l'état général, on procéda à l'amputation des deux seins. La double intervention fut suivie de guérison

A la suite de cette mammectomie bilatérale, la malade n'a présenté aucune modification de ses règles, quant au rythme, à la durée ou à l'importance de celles-ci. Au moment des époques, la malade ressent de faibles picotements au niveau des cicatrices. Le sens génital n'a subi aucune variation.

Huit mois plus tard, survint une nouvelle grossesse que l'opérée conduisit à terme sans incidents. Deux nouvelles grossesses par la suite n'arrivèrent pas à terme, mais L. et P. ne pensent pas qu'il faille en rendre responsable l'ablation des deux seins.

Si les glandes mammaires subissent l'influence de l'ovaire, il ne semble pas qu'elles exercent aucune influence sur l'appareil utéro-ovarien, ni au point de vue physiologique, ni sur l'état de grossesse.

L. et P. pensent que les glandes mammaires fonctionnent pour l'espèce et ne sont d'aucune utilité pour l'individu qui les porte et qu'on peut les enlever sans inconvénient. ROBERT CLÉMENT.

Jiri Vitek (de Prague). ***Notre expérience sur la thérapeutique de la sclérose en plaques*** (*Bruxelles médical*, tome IX, n° 28, 12 Mai 1929). — La thérapeutique spécifique biologique n'est pas encore au point. La thérapeutique paraspécifique poursuit deux buts :

1° « Provoquer dans l'organisme la surproduction de facteurs protéolytiques (ferments et leucocytose) qui favorisent la résorption de produits pathologiques et, en particulier, des plaques de sclérose »;

2° Utiliser l'effet thérapeutique de la fièvre.

V. a pratiqué l'introduction parentérale de 1 à 15 cmc de lait sans obtenir de résultats nets; il a essayé d'autres albumines sans plus de résultats.

Les injections de peptones furent suivies dans un cas d'une amélioration transitoire; dans 4 cas elles ont provoqué une légère diminution temporaire des sensations paresthésiques.

La pyrétothérapie avec du vaccin typhique ou avec le « phlogetan » ne fut pas suivie d'amélioration; au contraire, les réactions violentes et la fièvre élevée épuisèrent les malades.

De l'étude de 150 malades durant 5 ans, V. conclut que les meilleurs résultats lui ont été donnés par la chimiothérapie et la radiothérapie.

Parmi les corps chimiques, les médicaments mercuriels provoquèrent une amélioration lente mais réelle. Parmi les arsenicaux, la première place revient à la liqueur de Fowler. Une des améliorations les plus nettes fut obtenue après injection sous-arachnoïdienne d'électrargol.

La radiothérapie de la moelle est la médication physique qui a donné les meilleurs résultats.

L'existence, au cours de la sclérose en plaques, de rémissions spontanées rend difficile l'interprétation des résultats thérapeutiques; on peut espérer que grâce au traitement les rémissions sont plus précoces. ROBERT CLÉMENT.

ARCHIVIO DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA (Bologne)

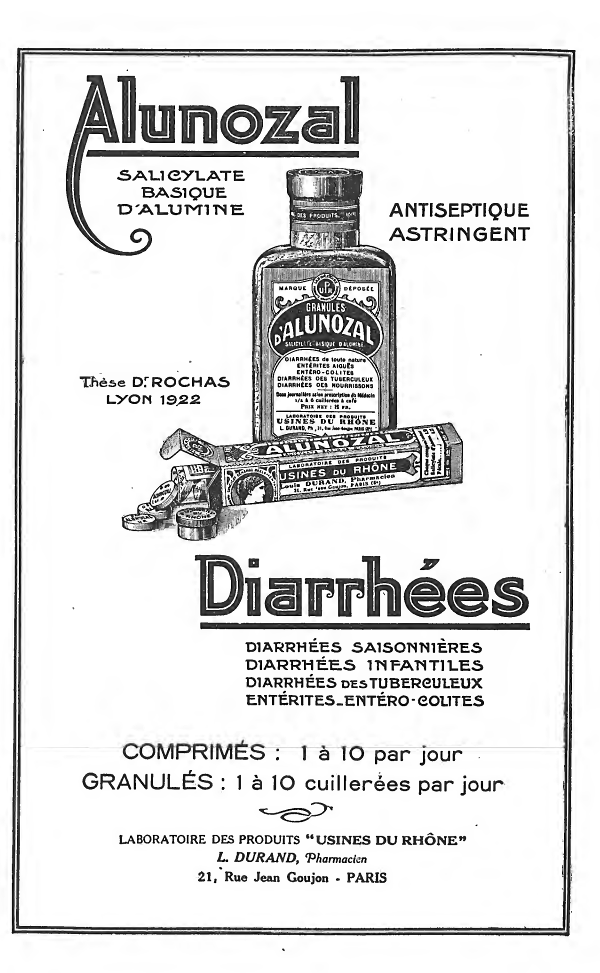
De Vecchi, Picchi, Padrassi. ***Recherches systématiques sur la valeur des lésions périvasculaires spléniques connues sous le nom de nodules de Gamna*** (*Archivio di Patologia e Clinica medica*, tome VIII, fasc. 1, Janvier 1929). — Les auteurs ont recherché systématiquement ces formations sur 169 rates. 30 (18 pour 100) en présentaient (4 maladies de Banti, 3 rates fibro-adéniques, 1 splénomégalie hémolytique, 5 leucémies, 1 rate syphilitique, 2 infarctus spléniques, 14 rates simplement scléreuses dont 8 coexistaient avec une thrombophlébite splénique ou portale). Le foie présentait dans un certain nombre de cas des lésions de cirrhose, sans qu'on pût établir un rapport causal constant entre elles et les nodules spléniques. Dans ces derniers on ne retrouve pas toujours les dépôts de sels de fer et de chaux qui les ont fait nommer improprement par certains auteurs « incrustations sidérotiques calcaires ». Les nodules contiennent parfois une substance pigmentée jaune d'or, et des formations spéciales qui ressemblent à des œufs de parasites. Les nodules passent par 3 phases histologiques, et tous sont au même stade dans une même rate, ce qui laisse à penser qu'il s'agit, non d'un phénomène passif, mais de lésions actives, apparues simultanément à un moment donné, et d'évolution très lente.

Les auteurs excluent l'hypothèse d'une nature granulomateuse ou mycosique des nodules, de même que celle d'une origine dégénérative. Ils incriminent un facteur étiologique inconnu qui, à un moment donné (dans une rate saine ou déjà malade), se fixe sur les vaisseaux de l'organe.

En tout cas, les nodules de Gamna ne définissent aucun type spécifique de maladie splénique et ne représentent certainement pas l'origine ni les causes des lésions observées dans l'organe.

F. COSTE.

A. Dalla Volta. ***Le plasma dans les états anémiques*** (*Archivio di Patologia e Clinica medica*, tome VIII, fasc. 1, Janvier 1929). — V. a étudié les modifications du plasma sanguin dans un groupe de 25 cas d'anémies de nature diverse et d'inégale gravité. Il a constaté que :


Alunozal
SALICYLATE BASIQUE D'ALUMINE
ANTISEPTIQUE ASTRINGENT
Thèse Dr ROCHAS LYON 1922
GRANULÉS D'ALUNOZAL
USINES DU RHÔNE
ALUNOZAL
Diarrhées
DIARRHÉES SAISONNIÈRES
DIARRHÉES INFANTILES
DIARRHÉES DES TUBERCULEUX
ENTÉRITES_ENTÉRO-COLITES
COMPRIMÉS : 1 à 10 par jour
GRANULÉS : 1 à 10 cuillerées par jour
LABORATOIRE DES PRODUITS "USINES DU RHÔNE"
L. DURAND, Pharmacien
21, Rue Jean Goujon - PARIS

Toute réduction tant soit peu importante du nombre des hématies circulantes s'accompagne d'une augmentation absolue de la masse plasmatique. Cette augmentation compense la diminution due à la chute globulaire, d'une manière soit exacte, soit insuffisante, soit même excessive, de sorte que le sujet possède, rapportée au poids du corps, une quantité de sang soit égale, soit supérieure ou inférieure à la normale.

En général, lorsque la masse des hématies est réduite de 50 pour 100, la compensation est exacte, et le volume total du sang reste normal. Si la réduction est supérieure à 50 pour 100, et inférieure à 64 pour 100, l'augmentation réactionnelle de la masse plasmatique dépasse le but, et la masse du sang total est accrue. Au delà de 64 pour 100 le phénomène réactionnel devient insuffisant pour compenser la chute globulaire, et le volume du sang reste diminué. Toutefois la nature de l'anémie intervient aussi dans cet équilibre. Dans l'anémie post-hémorragique, ainsi que dans l'anémie pernicieuse (en phase de décompensation), l'augmentation du plasma ne compense jamais la réduction des globules.

La concentration protéique, déterminée par voie réfractométrique ou viscosimétrique, a été trouvée normale dans les états anémiques non compliqués.

Pourtant, lorsque l'augmentation plasmatique est très importante, la concentration protéique s'élève.

L'existence de cette « pléthore plasmatique » est indiscutable dans certains cas, par exemple dans les anémies secondaires hémorragiques ou primitives, en voie de guérison.

La « pléthore plasmatique » représente, dans le processus de guérison des anémies, la phase qui précède immédiatement le retour du sang à la normale. F. Coste.

A. Ciminata. ***Guérison du diabète pancréatique expérimental par l'énervation opératoire des glandes surrénales*** (*Archivio di Patologia e Clinica medica*, tome VIII, fasc. 1, Janvier 1929). — On sait que la piqûre du 4e ventricule détermine la glycosurie probablement par l'intermédiaire d'une excitation transmise aux surrénales par la voie des grands splanchniques, et que le phénomène ne se produit plus si les splanchniques sont coupés ou les surrénales extirpées. Les animaux (chiens et chats) opérés d'énervation bilatérale des surrénales par C. ont survécu longtemps en très bonne santé. Il a pu constater que l'excitation faradique du splanchnique chez ces animaux ne modifie plus la courbe glycémique. Le contenu adrénalinique des surrénales énervées est abaissé.

Sur deux chiens rendus diabétiques par l'extirpation du pancréas, l'énervation ultérieure des surrénales a amené la guérison du diabète. L'ablation d'une surrénale donnerait sans doute les mêmes résultats. F. Coste.

Sega. ***Affection systématisée de l'appareil réticulo-endothélial*** (*Archivio di Patologia e Clinica medica*, tome VIII, fasc. 2, Février 1929). — Observation d'une femme de 42 ans qui présentait une hépato-splénomégalie avec anémie hémolytique intense, et épanchement hémorragique dans la plèvre droite et dans le péritoine, présentant les caractères d'un exsudat, avec de nombreuses cellules endothéliales.

A l'autopsie, on trouva des altérations de type angio-endothéliomateux frappant le foie, la rate, les ganglions, avec de petits nodules disséminés dans la plèvre droite et dans le péritoine. Il ne s'agissait pas d'une néoplasie primitive hépatique du type sarcomateux avec métastase pleurale, mais d'une dégénérescence tumorale systématisée de l'appareil réticulo-endothélial, à rapprocher de quelques faits analogues signalés dans la littérature.

F. Coste.

A. Dalla Volta. ***Action de l'opothérapie hépatique dans les anémies graves*** (*Archivio di Patologia e Clinica medica*, tome VIII, fasc. 2, Février 1929). — D. V. a étudié les effets cliniques et hématologiques, immédiats et éloignés, produits par l'opothérapie hépatique dans les anémies primitives et secondaires d'étiologie diverse. Par l'étude du métabolisme pigmentaire avant et après le traitement, il prouve que l'effet principal du foie dans l'anémie pernicieuse est de réduire considérablement et rapidement le processus d'hémolyse. Cette diminution de la destruction globulaire, en se prolongeant, peut entraîner un état d'hyperglobulie. La pléthore érythrocytaire ainsi produite peut s'accompagner d'une pléthore plasmatique, réalisant le tableau de la « polyhémie » totale.

Dans les anémies symptomatiques, l'opothérapie hépatique n'agit que dans la mesure où elles sont conditionnées par l'hémolyse.

Elle n'est donc pas un traitement causal, mais simplement symptomatique, et elle se borne à une influence inhibitrice vis-à-vis du système réticulo-endothélial : on pourrait la comparer à la splénectomie. F. Coste.

Alzona. ***La caverne muette dans la tuberculose pulmonaire*** (*Archivio di Patologia e Clinica medica*, tome VIII, fasc. 2, Février 1929). — A. établit la fréquence des cavernes muettes du poumon Il groupe les tuberculeux cavitaires en trois catégories :

1° Tuberculeux cavitaires avec symptômes rares et peu caractéristiques, parmi lesquels prédomine un signe non cavitaire. Ainsi, dans leurs cas, un jeune homme présente une volumineuse caverne traduite par un silence respiratoire sans bruits surajoutés dans la partie supérieure des deux poumons, ce que l'auteur explique pour le côté opposé par un réflexe viscéro-viscéral ayant comme point de départ le poumon lésé, et entraînant une exaltation du tonus vagal controlatéral, avec dilatation active des alvéoles, suivie par une diminution de la fonction respiratoire. Avec l'adrénaline, on pouvait faire disparaître en quelques minutes ce silence de la respiration.

2° Tuberculeux cavitaires sans symptôme objectif de caverne ni même de tuberculose pulmonaire.

3° Tuberculeux cavitaires sans symptôme objectif de caverne mais avec symptôme de tuberculose pulmonaire. F. Coste.

Gamna. ***Sur les splénomégalies chroniques à lésions scléro-sidérosiques*** (*Archivio di Patologia e Clinica medica*, tome VIII, fasc. 3, Mars 1929). — Il résulte de nombreux travaux publiés dans ces dernières années deux points principaux :

1° Les lésions scléro-sidérosiques de la rate (nodules de Gamna) se rencontrent dans des splénomégalies chroniques de nature très diverse et n'ont point le caractère de lésions spécifiques. Ce sont des altérations régressives, et aucune des interprétations proposées ne les explique mieux que celle d'une transformation nécrobiotique des substances connectives. L'hypothèse mycosique, qu'aucune preuve expérimentale n'est venue étayer, est définitivement à rejeter ;

2° Il existe une forme de splénomégalie chronique, d'allure primitive, de développement très lent, accompagnée d'hémorragies gastro-intestinales, d'anémie, de cachexie tardive, et dont le substrat anatomique se résume dans la présence des lésions scléro-sidérosiques, nombreuses et semées de façon diffuse dans la rate (tout au moins à un stade avancé, qui est le seul bien connu ; G. a observé le stade précoce dans un cas: on trouvait une transformation granulomateuse de la rate, au milieu de laquelle apparaissaient les lésions scléro-sidérosiques. Cette transformation structurale splénique se trouve signalée dans quelques autres descriptions). La formation de cirrhose hépatique succédant aux lésions spléniques n'est rien moins que constante. On ne saurait identifier, comme certains le font, la splénopathie à lésions scléro-sidérosiques à la splénomégalie thrombophlébitique. Des processus de thrombophlébite et des hémorragies peuvent se produire au sein des lésions précédemment décrites, mais ils manquent souvent et, d'autre part, dans la majorité des cas de splénomégalie thrombophlébitique contrôlés anatomiquement, on n'a pas trouvé de nodules de Gamna.

F. Coste.

P. Introzzi. ***Traitement par le foie, en particulier dans l'anémie pernicieuse*** (*Archivio di Patologia e Clinica medica*, t. VIII, fasc. 3, Mars 1929). — I. rapporte 12 cas de maladies sanguines variées traitées par le foie. Sur 6 cas d'anémie pernicieuse (dont 2 avec splénomégalie), 3 reçurent des extraits hépatiques, et les 3 autres du foie cru ou presque cru. L'amélioration fut rapide et complète, et dans 2 cas même il survint de la polyglobulie. L'augmentation de la valeur globulaire fut corrigée, le nombre des leucocytes se releva, les stigmates d'hémolyse diminuèrent considérablement, les éléments immaturés de la série érythrocytaire disparurent ; enfin la fièvre et la splénomégalie, lorsqu'il en existait, furent également réduites.

Au sujet des rapports existant entre l'hémolyse et la cure hépatique, I. signale une observation d'anémie splénique hémolytique où le traitement, tout en améliorant considérablement le malade, n'influença pas nettement le syndrome hémolytique.

Dans 3 cas d'ankylostomiase, traités par le foie, les parasites étant dans l'intestin, et, dans un 4e, traité après leur expulsion, il n'y eut aucun effet sur l'anémie.

Un cas de myélose aplastique ne fut en rien influencé.

Le foie n'est pas le seul organe actif. On sait que Whipple a reconnu des propriétés analogues, quoique moins développées, au rein et au cœur, et l'on connaît les propriétés de la moelle osseuse et de l'extrait splénique. I. rapporte le cas d'une anémie pernicieuse splénomégalique qui fut traitée par l'extrait de glandes lymphatiques, avec un succès très brillant et très rapide.

I. repousse l'idée que le foie apporterait un matériel nécessaire à l'édification des stromas globulaires, et à la maturation des mégaloblastes (théorie américaine).

Il admet la théorie de l'action antihémolytique du foie, mais pense en outre que cet organe exerce une action directe sur l'évolution des cellules de la rate. Chez l'embryon l'apparition de l'ébauche hépatique coïncide avec la disparition des mégaloblastes du sang. I. se demande si l'anémie pernicieuse ne repose pas sur une insuffisance hépatique portant sur cette fonction d'arrêt de l'évolution mégaloblastique. F. Coste.

Costa. ***Morphologie et pathogénie de l'anévrisme de l'artère pulmonaire*** (*Archivio di Patologia e Clinica medica*, tome VIII, fasc. 3, Mars 1929). — L'anévrisme de l'artère pulmonaire peut être constaté à tous les âges. Il n'a pas, comme l'ectasie aortique, une prédilection pour l'âge moyen de la vie et il est aussi fréquent durant l'enfance et la jeunesse. Cela est dû à sa nature souvent malformative. Par contre l'anévrisme pulmonaire syphilitique se voit, comme l'anévrisme aortique, surtout à l'âge mûr.

L'anévrisme pulmonaire est très rare (1 cas sur 20.000 autopsies). Le tronc est atteint le plus souvent (85 pour 100). Diverses malformations l'accompagnent dans 47 pour 100 des cas : rétrécissement de l'orifice pulmonaire, des ramifications de la pulmonaire, atrésie aortique, persistance du trou de Botal, perméabilité du « foramen ovale », etc. Au point de vue anamnestique, on trouve surtout le rhumatisme articulaire aigu (30 pour 100), la syphilis (20 p. 100), mais habituellement il s'agit de malformations. Pour expliquer que l'anévrisme est très rare, alors que les malformations congénitales du cœur et des gros vaisseaux sont fréquentes, C. invoque ou une intensité particulière des lésions congénitales, ou une hypertension pulmonaire élevée (due à une malformation cardiaque). F. Coste.

Davanzo et Cucco. ***Diagnostic du cancer et stabilité des colloïdes plasmatiques*** (*Archivio di Patologia e Clinica medica*, tome VIII, fasc. 3, Mars 1929). — D. et C. ont appliqué comparativement à l'étude des sérums humains, diverses méthodes cliniques et physicocliniques, proposées dans le but de diagnostiquer le cancer. Ils ont utilisé :

1° La réaction à l'oléate de soude de Kahn ;

2° La réaction de la méiostogénine de Isaar;
3° La réaction à l'altruine de Kahn;
4° Le broma *rouge Congo*.

Ils ont constaté que ces réactions ne sont pas spécifiques, que bien des sérums provenant de sujets non cancéreux les donnent. A leur base semble exister un fait commun, une altération de l'équilibre colloïdal.

Il ont tenté de la caractériser par la méthode réfractométrique de Leendertz. La teneur en protéine du sérum fut trouvée de :

7,28 pour 100 chez les sujets sains;
7,37 pour 100 pour les affections médicales en général;
7,65 pour 100 pour les maladies infectieuses;
9,29 pour 100 pour les tumeurs malignes.

La recherche du quotient de Leendertz, c'est-à-dire du degré de labilité du sérum, donne des chiffres plus élevés en cas de tumeur que dans les affections médicales banales, mais moindres que dans les états infectieux à marche lente. F. Coste.

LA RIFORMA MEDICA
(Naples)

Santucci. ***L'hypertension veineuse constitutionnelle comme facteur déterminant de l'albuminurie orthostatique*** (*La Riforma medica*, tome XLV, n° 2, 12 Janvier 1929). — S. a constaté, chez la plupart des sujets atteints d'albuminurie orthostatique, l'existence d'une hypertension veineuse périphérique.

On peut supposer que la circulation profonde, viscérale, présente cette même hypertension. Elle aboutit à une imbibition plus marquée des colloïdes cellulaires au niveau de l'épithélium tubulaire et de l'endothélium du bouquet glomérulaire. L'angiohypotonie qui permet la stase veineuse est sous la dépendance d'un état parasympathicotonique. Elle peut être corrigée par l'atropine, qui diminue l'imbibition des colloïdes et la perméabilité des membranes. Le facteur vasculaire s'associerait aux facteurs mécaniques parfois invoqués dans la pathogénie de l'albminurie osthostatique, par exemple à la lordose incriminée par Jehle. F. Coste.

Santangelo. ***Valeur de l'éosinophilie produite par la tuberculinothérapie chez l'enfant*** (*La Riforma medica*, tome XLV, n° 2, 12 Janvier 1929). — La tuberculine appliquée par voie cutanée chez l'enfant tuberculeux détermine de l'éosinophilie sanguine. Celle-ci est d'intensité proportionnelle à celle de la réaction cutanée obtenue, et elle manque si cette dernière fait défaut.

Les inflammations cutanées provoquées à l'aide de moyens non spécifiques ne sont suivies que d'une éosinophilie minime, très inférieure à celle qu'engendrent les frictions tuberculiniques.

L'éosinophilie a une signification pronostique favorable dans la tuberculose infantile et peut servir de poids pour conduire la cure tuberculinique.

La voie cutanée semble préférable aux voies hypodermique ou même intradermique, car elle est d'un usage plus aisé et expose beaucoup moins qu'elles aux réactions focales et au risque de généralisation. F. Coste.

M. Battaglia. ***Les vieilles cultures de bacille tuberculeux et l'anthracose pulmonaire*** (*La Riforma medica*, tome XLV, n° 6, 9 Février 1929). — Le bacille de Koch, dans ses vieilles cultures, produit un pigment brun noirâtre; selon B., ce pigment serait identique à celui de l'anthracose pulmonaire. Cette dernière relèverait à peu près toujours de la tuberculose, ou tout au moins il existerait une anthracose pulmonaire due uniquement à la tuberculose, et la coloration noire ne serait due ni à des hémorragies et à l'accumulation de pigment d'origine sanguine, ni à l'inhalation de poussières de charbon, ou de particules de fumée. F. Coste.

U. Cavallucci. ***Sur un cas singulier d'atrophie maculeuse idiopathique de la peau, avec concrétions calcaires sous-cutanées symétriques, associées à une insuffisance pluriglandulaire grave (à prédominance d'hypothyroïdie), de nature tuberculeuse probable*** (*La Riforma medica*, tome XLV, n° 9, 2 Mars 1929). — Un jeune homme de 18 ans, 2 mois après avoir souffert d'engelures, présente une desquamation lamellaire, lenticulaire, des doigts et du dos de la main, suivie d'atrophie cutanée en plaques. En même temps apparaissent de l'asthénie, de l'anorexie, une diarrhée opiniâtre, et les cheveux se mettent à tomber.

On le reçoit alors à l'hôpital. Il présente à ce moment le tableau d'un myxœdème débutant, avec hypoplasie génitale, infantilisme, pigmentation légère des muqueuses, bradypsychie, hypotension artérielle, bradycardie, etc.

Hyposympathicotonie d'après les tests glandulaires et pharmacodynamiques. Cutiréaction à la tuberculine très positive. Pas de signes cliniques ni radiologiques de bacillose pulmonaire.

Culture et inoculation des squames négatives ou sans intérêt. Sang infantile. Anémie ostéoplastique.

Histologiquement l'examen des plaques cutanées montrait en effet de l'atrophie des couches génératrices de l'épiderme, tranchant avec de l'hyperplasie du chorion et de la couche cornée.

Momentanément amélioré par l'opothérapie thyroïdienne, le malade retomba par la suite dans un état de cachexie progressive, terminé par une bronchopneumonie mortelle, deux ans après le début. Cette évolution fait penser à un processus tuberculeux torpide qui aurait peu à peu miné ce sujet et se serait terminé par un stade évolutif.

A cette étiologie mériterait d'être rattaché le syndrome endocrinien associé à un déséquilibre végétatif et une perturbation du métabolisme calcique, qui expliqueraient la calcinose sous-cutanée *symétrique*. F. Coste.

Bs. Bonormis. ***Action de l'insuline sur l'hyperglycémie post-opératoire*** (*La Riforma medica*, tome XLV, n° 9, 2 Mars 1929). — Le trouble apporté par les interventions chirurgicales au métabolisme des hydrates de carbone est connu depuis Minkowski qui constata l'apparition de glycosurie après des opérations de longue durée. De nombreux auteurs confirmèrent la réalité du phénomène. Comme facteur particulièrement propre à le faire apparaître, figurent le choc émotionnel (opérations à l'anesthésie locale et spinale), l'importance des manœuvres opératoires (surtout dans la laparotomie) et les narcotiques, particulièrement l'éther et le chloroforme.

Les causes de cette hyperglycémie ont été très discutées, les uns l'attribuant à une consommation insuffisante, d'autres à une libération excessive du glycose. L'asphyxie produite par l'anesthésie a été incriminée, mais cette explication se heurte à des objections d'ordre expérimental. On a invoqué aussi l'acidose opératoire. Enfin le rôle des surrénales et du sympathique a été fort débattu. Récemment divers auteurs ont pensé que l'anesthésie inhibait la sécrétion interne du pancréas. C'est en partant de cette dernière théorie, la plus en faveur aujourd'hui, que B. a pensé traiter préventivement l'hyperglycémie post-opératoire par l'insuline. De fait, on l'empêche ainsi d'apparaître, et les suites opératoires se trouvent améliorées : la céphalée, les nausées, les vomissements du réveil deviendraient moins fréquents. Toutefois il est impossible de tirer de cette action de l'insuline un argument péremptoire en faveur de telle ou telle conception étiologique de l'hyperglycémie post-opératoire. F. Coste.

Maria Cori. ***Recherches sur la pression oncotique du sérum*** (*La Riforma medica*, tome XLV, n° 12, 23 Mars 1929). — La pression oncotique du sérum est toujours très inférieure à la normale en cas de néphrite hydropigène. Le même abaissement ne s'observe, à beaucoup près, ni dans la néphrite azotémique, ni dans les œdèmes par stase circulatoire, ni dans les œdèmes dyscrasiques.

Chez la femme enceinte, à un stade avancé de la grossesse, on observe un abaissement léger. Il n'en existe pas dans le diabète insipide. Dans la néphrite hydropigène, la faible teneur en albumine et l'inversion du rapport globuline jouent un rôle important, mais non exclusif. D'autres facteurs peuvent survenir, si, dans certains faits pathologiques, le facteur plasmatique est au premier plan, dans d'autres intervient l'altération des membranes dialysantes, n'allant pas jusqu'à les rendre perméables aux colloïdes.

Enfin la pression oncotique d'un même sérum, mesurée à l'aide de plusieurs membranes comparables, et la grosseur de leurs pores, se chiffre par des valeurs différentes.

La variation entre certaines limites du p_H des solutions où sont immergées de telles membranes ne modifie par leur action; au delà de ces limites, des modifications apparaissent. Ce fait n'est pas sans importance si l'on pense à l'acidité des liquides inflammatoires (exsudats, etc.). L'abaissement du p_H mène les albumines au voisinage de leur point isoélectrique (4,5), abaissant au minimum leur dissociation et leur pression osmotique (qui joue un rôle capital dans la pression oncotique du sérum).

Un abaissement considérable de la pression oncotique du sérum est obtenu à l'aide de certaines substances, telles que les métaux lourds.

Par analogie, C. incriminerait, dans la production des œdèmes néphritiques, à côté de l'abaissement du rapport albumine, l'altération de certaines membranes cellulaires et la présence de substances anormales qui accentuent la chute de la pression oncotique. F. Coste.

E. Sanfilippo. ***Sur les syndromes appendiculaires d'origine amibienne*** (*La Riforma medica*, tome XLV, n° 16, 20 Avril 1929). — Les amibiens présentent souvent un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite, difficile à distinguer d'une appendicite vraie, et, d'autre part leur affection peut se compliquer de lésions appendiculaires, provoquées directement par l'amibiase, ce qui est rare, ou favorisées par elle, et rentrant dans le cadre de l'appendicite chronique banale, de cause septique.

Les pseudo-appendicites sont, chez ces malades, beaucoup plus fréquentes que les appendicites vraies, et le meilleur critère pour les reconnaître est l'effet du traitement émétinien : si ce dernier échoue et si les symptômes cliniques, radiologiques sont bien ceux de l'appendicite, l'opération doit être pratiquée.

S. rapporte 4 observations qui montrent les difficultés du diagnostic et de la conception étiologique de cette association morbide entre amibiase et appendicite. F. Coste.

GAZZETTA DEGLI OSPEDALI E DELLE CLINICHE
(Milan)

Boattini et Lo Faso. ***Sur la nouvelle interprétation de l'anthracose pulmonaire*** (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, tome IL, n° 50, 9 Décembre 1928). — B. et L. F. concluent de leurs recherches histologiques et cliniques que l'opinion de Jousset, selon lequel le pigment noir de l'anthracose pulmonaire est d'origine purement ferrique, répond en partie à la vérité. Il existe un parallélisme entre la proportion de fer trouvée dans les poumons et l'abondance de leur infiltration anthracosique. F. Coste.

IL POLICLINICO [Sezione pratica]
(Rome)

Civalleri et Liverani. ***Nouveaux aperçus sur le traitement de l'hypertension artérielle; la saignée non sanglante*** (*Il Policlinico* [*Sezione pratica*] tome XXXVI, fasc. 6, 11 Février 1929). — Wollheim et Brandt (Berlin) ont observé à la suite de l'injection intraveineuse d'eau distillée des modifications de la crase sanguine assez analogues à celles que produit la saignée, du fait qu'après cette dernière, le sang disparu est remplacé dans la circulation par un liquide plus pauvre en albumine et plus riche en chlorure de

sodium et en glucose, et qu'on note pendant 1 ou 2 jours une diminution du nombre des globules rouges et du taux de l'hémoglobine.

Après l'injection intraveineuse de 10 cmc d'eau bidistillée, Wollheim et Brandt trouvent, durant les 2 premières heures, une diminution de la masse plasmatique circulante, de l'hypoglobulie, de l'hypohémoglobinémie, un abaissement de la teneur en albumine, et une augmentation du NaCl dans le sérum. En outre, la pression artérielle, qui reste inchangée s'il s'agissait d'un sujet normal, subit chez les hypertendus une baisse de 20 à 40 mm. de mercure. Il ne s'agirait pas d'un processus dû à l'hémolyse mais d'une modification produite par l'eau distillée dans le métabolisme hydrique et azoté au niveau des endothéliums capillaires. La réduction transitoire de la masse du sang circulant s'expliquerait par une stase au niveau des capillaires et surtout au niveau de la rate (Barcroft).

C. et L. ont expérimenté la méthode et concluent qu'elle donne des résultats intéressants dans l'hypertension paroxystique ou dans les poussées vaso-constrictives des hypertendus permanents; mais, par contre, dans l'hypertension permanente, elle reste, comme la saignée elle même, d'une efficacité inconstante et douteuse.

F. Coste.

MINERVA MEDICA

(Turin)

Polacco. ***Hérédité de l'ulcère gastro-duodénal*** (*Minerva medica*, tome 1, n° 7, 17 Février 1929). — Il existe un certain nombre de statistiques indiquant, dans un pourcentage d'ailleurs assez réduit des cas, l'intervention d'un facteur héréditaire parmi les causes de l'ulcère gastrique ou duodénal.

P. rapporte l'histoire de 2 sœurs jumelles et d'un frère, atteints chacun d'ulcère de la face postérieure du bulbe duodénal, avec hyperacidité et hypersécrétion gastrique. Il considère que la prédisposition constitutionnelle doit prendre place à côté des autres causes favorisantes ou déterminantes de l'ulcère.

F. Coste.

Peserico. ***Effets d'injections répétées d'adrénaline sur le volume de la rate et sur la crase sanguine dans un cas d'anémie grave*** (*Minerva medica*, tome 1, n° 19, 12 Mai 1929). — Il existe dans la rate deux circulations : d'une part, le système artères-veines; d'autre part, la pulpe où le sang s'accumule, provenant du système précédent, mais elle se déverse dans ce dernier sous l'influence de la contraction splénique. Ce balancement entre les deux territoires est fort important au point de vue de l'action hémolytique exercée sur le sang par la traversée splénique. Cette action, objectivée par la diminution de la résistance globulaire dans le sang de la veine splénique, n'apparaît que si, durant la traversée splénique, la rate se trouve soumise à un rythme contractile tel que le sang se trouve alternativement appelé dans l'intérieur de la pulpe, puis expulsé dans la circulation générale.

En état de contraction permanente, l'hémolyse n'a pas lieu car le sang ne pénètre plus dans le territoire des cordons. P. rapporte ainsi un cas intermédiaire entre l'anémie pernicieuse splénomégalique et l'ictère hémolytique. L'usage prolongé de l'adrénaline, entretenant une contraction splénique habituelle, permit d'obtenir une guérison persistante.

F. Coste.

MEDIZINISCHE KLINIK

(Berlin)

H. Edel. ***Le traitement local des suppurations pulmonaires par les injections intrathoraciques de néo-salvarsan*** (*Medizinische Klinik*, tome XXV, n° 17, 26 Avril 1929). — La technique appliquée par E. avec succès dans 4 cas, et dont il relate les résultats détaillés dans 4 observations, apporte une contribution importante à la question encore si obscure et si controversée du traitement des suppurations pulmonaires.

La première observation concerne un malade de 33 ans, ayant été atteint, en Juillet 1927, d'une suppuration pulmonaire, et qui, au mois d'Octobre suivant, subit une poussée nouvelle et devint fétide. A ce moment, apparurent de grands frissons, avec ascensions thermiques à 40°, respiration pénible, accélérée et bruyante, perte musculaire rapide, cachexie, pâleur intense, signes de défaillance cardiaque, œdèmes des membres inférieurs, hépato et splénomégalie. Les crachats contenaient une flore aérobie variée et des bacilles fusiformes, des fibres élastiques, des cristaux de cholestérine et d'acides gras, et même des fragments de parenchyme pulmonaire. L'examen radioscopique montrait une ombre intense des 2/3 inférieurs du poumon droit, avec plusieurs images cavitaires bien distinctes. En présence de cette situation d'une extrême gravité, E. eut l'impression que le malade ne pourrait supporter aucune intervention, et il essaya, à doses très prudentes, la salvarsanothérapie intraveineuse. Mais une dose de 75 milligr. de néo-salvarsan, diluée dans 10 cmc, provoqua un choc immédiat et extrêmement violent avec symptômes d'œdème pulmonaire. La situation s'aggravant encore, E. ponctionna, dans le 7e espace intercostal, la cavité pulmonaire le plus bas située, retira 5 cmc de pus fétide, et injecta à la même place 0 gr. 15 de néo-salvarsan, dilué dans 10 cmc d'afénil. La température tomba en 6 heures de 40° à 38°; le pouls redevint régulier; la diurèse monta de 750 à 1.500 cmc; la quantité des crachats se réduisit de 200 à 150 cmc. Les injections furent répétées tous les 4 ou 5 jours, à différentes hauteurs, à des doses variables de 0 gr. 15 à 0 gr. 60, jusqu'à une quantité totale de 5 gr. 25 de néo-salvarsan en 12 injections. Toutes ces injections furent parfaitement supportées. La fétidité disparut après la 5e injection; le tableau clinique se transforma peu à peu, et le malade put quitter l'hôpital, guéri, le 19 Janvier 1928. La guérison s'est maintenue depuis un an. L'image radiologique ne montre plus que quelques travées épaissies de la base gauche, sans aucune trace d'image cavitaire.

La seconde observation est un cas de gangrène pulmonaire d'origine embolique avec empyème, traité par des injections analogues, successivement intrapleurales, puis intrapulmonaires.

La troisième est celle d'un empyème fétide guéri après deux injections intrapleurales.

Dans les dilatations bronchiques, E. procède par injections intratrachéales.

Après les opérations de pneumotomies ou de résections costales par empyème, il utilise des tampons de gaze imbibés d'une solution de néo-salvarsan pour le pansement de la plaie.

L'expérience de E. porte, jusqu'ici, sur 8 cas, tous graves, et il n'a eu encore aucun insuccès.

J. Mouzon.

THE LANCET

(Londres)

Watson-Williams. ***L'otosclérose; son traitement par l'extrait parathyroïdien*** (*The Lancet*, t. CCXVI, n° 5512, 20 Avril 1929). — L'ostéosclérose est une maladie de la capsule osseuse du labyrinthe, caractérisée anatomiquement par de la raréfaction osseuse, puis, plus tard, par de la prolifération osseuse pouvant combler une grande partie de la cavité de l'oreille interne.

Cliniquement, c'est une « surdité auriculaire », présentant les signes classiques qui la différencient des « surdités de perception ». Elle ressemble beaucoup à l'otite catarrhale moyenne chronique, mais s'en différencie par un certain nombre de signes qui rendent, en général, le diagnostic assez facile : notamment l'absence d'antécédents otitiques aigus, la présence de bourdonnements d'oreille d'un type spécial (sifflement, vrombissement), l'absence de signes tympaniques.

La pathogénie de cette affection était peu connue; mais, dans ces dernières années, des travaux ont été faits qui tendent à la rattacher à un trouble du métabolisme calcique. Aussi l'auteur a-t-il tenté un traitement à l'extrait parathyroïdien chez 15 de ses malades. Les résultats ont été excellents : dans 3 cas, guérison complète; dans 8 cas, grosse amélioration.

Ces résultats sont d'autant plus remarquables que tous les autres traitements sont absolument sans effet dans cette maladie.

L'extrait parathyroïdien doit être administré à la dose de 2 à 8 centigr. par jour, et prolongé pendant plusieurs mois. Il est sans danger aucun.

R. Rivoire.

C. F. Walters. ***La valeur de l'auscultation des articulations*** (*The Lancet*, tome CCXVI, n° 5514, 4 Mai 1929). — W. a ausculté systématiquement les grandes articulations, notamment les genoux, de plusieurs milliers de sujets pris au hasard, de 15 à 80 ans. Il a cherché à classer et à systématiser les bruits anormaux que l'on peut entendre dans une articulation dont l'examen physique et radiologique est par ailleurs normal.

Il a constaté, dans un certain nombre de cas, un léger grattement, plus ou moins rude, qui serait pour lui le seul signe initial de l'ostéo-arthrite chronique : en effet, il est fréquent de voir une telle articulation devenir ultérieurement le siège de lésions grossières et de douleurs vives.

D'autre part, la fréquence de ces grattements articulaires anormaux augmente régulièrement avec l'âge moyen du sujet.

Enfin, si l'on ausculte au stéthoscope toutes les articulations d'un sujet présentant une lésion d'ostéo-arthrite nette, on trouve invariablement, dans plusieurs autres articulations, les signes stéthacoustiques décrits, sans qu'il y ait ni douleurs, ni gêne des mouvements à ce niveau.

R. Rivoire.

T. R. Hill. ***Le désordre des actes dans l'encéphalite épidémique infantile; son traitement par la bulbocapnine*** (*The Lancet*, tome CCXVI, n° 5515, 11 Mai 1929). — Le désordre des actes qui suit si souvent une encéphalite épidémique chez l'enfant est une complication grave par sa chronicité et par le fait qu'aucune thérapeutique ne s'est jamais montrée efficiente. C'est une affection qui pose un problème insoluble à la fois aux parents et aux psychiatres, car il s'agit d'enfants dont l'intelligence est si intacte qu'il est à peu près impossible de les interner de façon permanente.

Ce désordre des actes se voit dans ses formes les plus graves chez des enfants indemnes de parkinsonisme. Il est dû essentiellement à une perte de l'inhibition sur les émotions primaires qui a pour conséquence une tendance invincible aux actes instinctifs.

L'auteur, médecin d'un asile spécialisé dans le traitement de séquelles d'encéphalite, a essayé de traiter cette grave psychose par la bulbocapnine, alcaloïde du « corydalis cava » dont la formule chimique est très voisine de celle de l'apomorphine. Les résultats ont été très encourageants. L'action physiologique de la bulbocapnine est très curieuse : elle provoque, chez l'homme et chez les animaux, un état cataleptique, pseudo-parkinsonien. Mais une particularité spéciale est que cet état cataleptique semble provenir d'une dépression émotive, comme dans la catatonie schizophrénique. Son essai dans le traitement du désordre des actes post-encéphalitiques était donc très logique.

En fait, l'auteur a employé le médicament à la dose de 10 à 20 centigr. trois fois par jour, en piqûre ou par la bouche. L'action dépressive a été, dans chaque cas, immédiate, mais a cessé dès que la médication a été interrompue. Il y a, d'autre part, une nette accoutumance au médicament, exigeant des doses de plus en plus importantes. Chez aucun des enfants traités, la médication n'a été poursuivie plus de 2 mois.

Il est à noter que la bulbocapnine ne doit pas être employée dans les cas s'accompagnant de Parkinson, car elle produit une nette aggravation du syndrome.

R. Rivoire.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL
(*Londres*)

Christopherson. *Le diagnostic radioscopique de la filariose* (*The British medical Journal*, n° 3565, 4 Mai 1929). — La radioscopie des maladies exotiques est encore peu connue, car rares sont les centres médicaux coloniaux qui possèdent une installation de rayons X. Il est cependant des maladies parasitaires dont le diagnostic est puissamment aidé par l'examen à l'écran : notamment la filariose due à la *Filaria Bancrofti*.

Cette affection, transmise à l'homme par le culex, l'anophèle ou le stégomyia, est due à une infestation lymphatique par les larves du Trématode. Sa dernière manifestation, l'éléphantiasis, est très tardive, survenant souvent en Europe, lorsque le malade a quitté les colonies depuis longtemps.

Le diagnostic clinique est facile dans les cas typiques d'éléphantiasis. Il est beaucoup plus difficile dans les cas frustes où tout se borne à un léger œdème unilatéral, avec sensation subjective de « membre étranger ».

Dans ces cas, l'éosinophilie sanguine est souvent très discrète, et l'examen radiologique est d'un précieux secours.

Celui-ci montre au niveau des troncs lympathiques du membre infesté plusieurs kystes oblongs, longs de 3 à 4 cm., effilés d'un côté, arrondis de l'autre. Il est bon de faire plusieurs radios de face et de profil pour éliminer les causes d'erreur.

R. Rivoire.

EDINBURGH MEDICAL JOURNAL

H. Ferrer. *Propulsion volontaire des deux globes oculaires* (*Edinburg medical Journal*, n. s., t. XXXVI, n° 4, Avril 1929). — Un jeune Cubain, âgé de 20 ans, dont 12 frères et sœurs sont normaux, réussit, dès l'âge de 5 à 6 ans, à réaliser une protrusion de ses globes oculaires. Il arrive à les projeter à 9 mm. environ en avant de leur plan antérieur naturel. L'acuité visuelle et les champs visuels sont normaux. Le sujet a naturellement un léger degré d'exophtalmie.

F. explique cette propulsion volontaire par le fait que ce sujet est capable de contracter les 2 muscles obliques de ses yeux en même temps qu'il relâche les 4 muscles droits et qu'il ouvre largement les paupières. Lorsque la moitié du globe oculaire a franchi celles-ci, il contracte le muscle orbiculaire et projette celui-ci aussi loin qu'il le désire.

Robert Clément.

ACTA DERMATO-VENEREOLOGICA
(*Stockholm*)

Sven Hellerstrom. *Contribution à l'étude du lymphogranulome inguinal* (*Acta dermato-venereologica*, tome X, 1er supplément, 1929). — Dans ce travail très documenté et illustré de 7 planches en couleurs et de 9 microphotographies, H. rapporte 47 cas de maladie de Nicolas-Favre, dont 2 chez la femme, observés à Stockholm en 1927-1928.

Dans 25 cas, il a constaté des lésions génitales initiales, consistant en une érosion, une ulcération superficielle, une papule ou une urétrite ; parfois, la lésion initiale affectait l'aspect d'un chancre mixte. La durée de l'incubation de la lésion primitive était d'environ 15 jours. Une durée de 1 mois existait entre le coït éventuellement infectant et l'apparition de l'adénite. Dans 2 cas où le coït avait été unique et soigneusement noté, la durée de l'incubation fut respectivement de 16 et 21 jours. La source de la contamination se trouvait en Suède dans 32 cas et dans les autres cas à l'étranger.

Quatre malades ont présenté au cours de la maladie un érythème noueux : la lymphogranulomatose inguinale doit donc être rangée parmi les infections pouvant s'accompagner d'érythème noueux.

Tous les 47 malades ont réagi positivement à l'intradermo-réaction avec l'antigène de Frei. Dans plus de 60 pour 100 des cas, la réaction de Frei a été pratiquée une semaine à 2 mois après l'apparition de l'adénite ; dans 1 cas la maladie remontait à 23 ans.

L'intradermo-réaction avec l'antigène de Frei a toujours été négative chez des sujets sains ; elle paraît donc spécifique. Convenablement conservé, l'antigène garde son activité pendant plus d'un an.

Les examens bactériologiques et l'inoculation à l'animal ont donné des résultats négatifs.

Les lésions anatomo-pathologiques ne sont pas pathognomoniques et ne suffisent pas à entraîner le diagnostic.

Au contraire, la réaction de Frei permet de porter le diagnostic de lymphogranulomatose ; elle est négative dans les autres bubons, tels que le bubon chancrelleux et pesteux. Elle est positive, par contre, dans le bubon climatique, qui est donc bien identique avec la maladie de Nicolas. Aucune différence clinique et anatomo-pathologique n'a d'ailleurs pu être établie entre les cas où la contamination a eu lieu dans les régions tropicales (bubon climatique) et ceux où la contamination a eu lieu en Suède.

Tous les cas de maladie de Nicolas ont réagi négativement à l'intradermo-réaction d'Ito-Reenstierna avec l'antigène chancrelleux.

H. rapporte 1 cas intéressant de localisation extra-génitale de la maladie de Nicolas, une localisation axillaire chez un chirurgien qui, en 1904, en opérant un bubon strumeux ayant résisté à tous les traitements, se fit une petite plaie au doigt ; une ulcération se produisit les jours suivants au point d'inoculation, puis une adénite axillaire à tendance suppurative qui dut être extirpée. En 1927, la réaction de Frei était encore positive chez le chirurgien, la réaction d'Ito-Reenstierna était négative. Ce cas intéressant, qu'on peut rapprocher d'observations analogues de Klotz et de Favre, montre bien la nature infectieuse *sui generis* de la maladie de Nicolas.

Un traitement opératoire précoce et radical abrège notablement la durée de l'affection. Le traitement par le tartrate ou le bitartrate de potasse et la médication stibiée donnent également des résultats assez satisfaisants. Le pronostic *quoad vitam* est favorable. Dans 16 cas examinés quelque temps après l'opération, on ne constata ni stase lymphatique ni éléphantiasis.

R. Burnier.

POLSKI PRZEGLAD CHIRURGICZNY

Czyzewski Casimir. *Conduite à tenir dans les perforations aiguës de l'ulcère de l'estomac* (*Polski Przeglad Chirurgiczny*, tome VIII, fasc. 1, 1929). — Le traitement de l'ulcère de l'estomac est toujours une question d'actualité. Se basant sur l'étude et les statistiques établies pendant les cinq dernières années C. formule les règles de conduite à tenir de la façon suivante :

1° Chaque fois que l'état général et les conditions techniques le permettent on pratique la résection en enlevant l'ulcère et la partie pylorique de l'estomac ;

2° Dans les cas défavorables on se borne à l'enfouissement de l'ulcère ;

3° Auquel on ajoute, si la perméabilité du pylore est insuffisante, une gastroentérostomie.

L'enfouissement de l'ulcère est un procédé simple mais défectueux à cause des difficultés souvent très grandes d'opérer dans des tissus friables si l'infection est de longue date, la possibilité de rétrécir le pylore par une cicatrice, de déformer la configuration de l'estomac et de compromettre ainsi son fonctionnement ultérieur et d'exposer à la reprise d'une ulcération nouvelle.

La résection de la partie ulcérée de l'estomac avec le pylore, en raison de la gravité de l'intervention, exige les conditions suivantes :

1° L'intervention doit avoir lieu 6 à 12 heures après le début des accidents ;

2° L'âge du malade, l'état général et fonctionnel du cœur et des poumons doivent être satisfaisants ;

3° Enfin au point de vue opératoire on ne doit pas être gêné par des adhérences trop nombreuses et trop étroites avec les organes voisins.

Parmi les avantages de la résection il faut tenir compte qu'on intervient dans les tissus non infectés, qu'elle n'entrave pas la circulation du contenu stomacal et qu'elle permet une guérison radicale de l'ulcère.

La résection de l'estomac, faite dans des conditions suffisantes, assure le meilleur pronostic.

La technique opératoire adoptée par C. est la suivante : après anesthésie locale à la novocaïne le long des deux courbures, C. pratique une incision médiane, séparation de l'épiploon par le procédé d'Okinczyc. La réunion de l'estomac à l'intestin est faite suivant la technique de Rydygier car elle présente le minimum de risques. Avant la fermeture de la paroi abdominale on verse dans la cavité péritonéale de 500 gr. à un litre de la solution de Ringer et une petite fiole de bouillon de Besredka.

Fribourg-Blanc.

Rudzki Apolinary. *A propos du sein saignant* (*Polski Przeglad Chirurgiczny*, tome VIII, fasc. 1, 1929). — La pathogénie du sein saignant fait diviser les cas observés en deux groupes : 1° le premier englobe les observations dans lesquelles les lésions anatomo-pathologiques échappent aux investigations et où les causes du syndrome peuvent être fonctionnelles, toxiques, réflexes ou d'une étiologie inconnue ; 2° le second groupe comprend les cas où les lésions anatomo-pathologiques sont évidentes.

Les cas compris dans le premier groupe sont de beaucoup les plus rares. Ils traduisent parfois une manifestation compensatrice suppléant les règles. Ils peuvent avoir une origine toxique se manifestant au cours de la tuberculose ou pendant l'évolution de certains cancers localisés en dehors de la glande mammaire, ou une origine réflexe ; tel est le cas d'Ebeler, où la sécrétion sanguinolente du sein apparaissait 3 ou 4 heures après les rapports sexuels.

Dans le second groupe, infiniment plus nombreux, la sécrétion hémorragique du sein avait pour cause des épithéliomas kystiques, des mastites kystiques, des fibromes du sein et le cancer.

L'évolution de la maladie est extrêmement lente.

R. rapporte trois observations de « sein saignant » dont deux sont dues à l'épithélioma glandulaire, dans un cas avec métastase ganglionnaire, dans l'autre sans métastase.

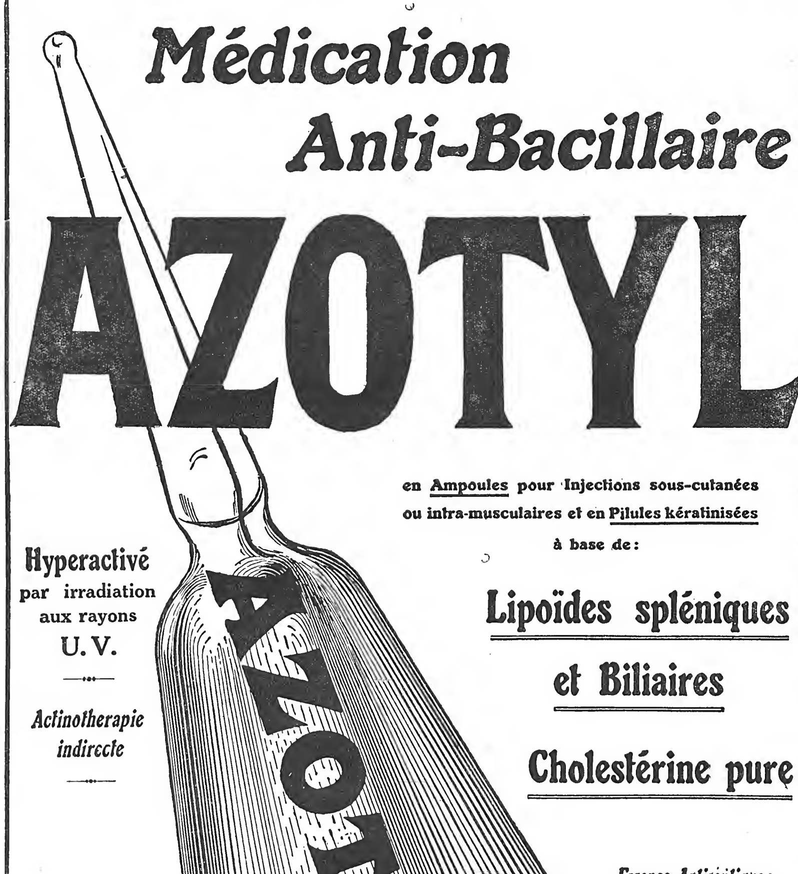
Au point de vue traitement les cas appartenant manifestement au premier groupe n'exigent pas absolument une intervention sanglante ; mais dans tous les cas où il existe une cause anatomo-pathologique et surtout où la nature cancéreuse est redoutée, R. se rallie à l'opinion de Klos qui conseille l'intervention chirurgicale large avec évidement complet de l'aisselle. R. critique la méthode de Pribram préconisant seulement l'ablation de la tumeur sans toucher aux ganglions. Il est impossible de définir exactement la nature bénigne ou maligne des lésions anatomiques.

Fribourg-Blanc.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE
(*Chicago*)

L. Gunther et W. J. Kerr. *Le syndrome radiculaire dans l'ostéo-arthrite hypertrophique du rachis* (*Archives of internal Medicine*, tome XLIII, n° 2, Février 1929). — L'ostéo-arthrite hypertrophique rachidienne est une affection commune. Elle se traduit assez souvent par un véritable syndrome caractérisé par l'association de lésions ostéo-articulaires de spondylose, de douleurs radiculaires et de troubles sensitifs à topographie radiculaire. Sicard, Baccé, Camus, Léri ont déjà insisté sur le côté neurologique de ce syndrome (radiculites, névrodocites, funiculites rhumatismales de Sicard) dont la cause réside dans l'atteinte des racines rachidiennes, soit par suite de la réaction méningée secondaire au processus d'ostéo-arthrite, soit par suite de la compression subie dans le trou de conjugaison rétréci. G. et K. ont basé leur travail sur 30 observations personnelles.

Le symptomatologie dépend du niveau des vertèbres atteintes. La localisation cervicale s'accompa-


Médication
Anti-Bacillaire
AZOTYL
AZOTYL

gne de céphalalgie, de douleurs dans le cou, dans les épaules et les bras. L'atteinte dorsale supérieure se traduit par des douleurs précordiales qui sont souvent considérées comme d'origine cardiaque. On constate de la douleur épigastrique et dans la région de la vésicule biliaire lorsque la région dorsale moyenne est intéressée. Des douleurs qui siègent dans la partie inférieure de l'abdomen et qui demandent à être différenciées des sensations douloureuses de l'appendicite et des affections pelviennes caractérisent l'atteinte des dernières vertèbres dorsales tandis que celle des vertèbres lombaires se manifeste par des douleurs dans les hanches et les cuisses rappelant celles des affections de l'articulation coxofémorale ou la méralgie paresthésique ou encore la sciatique. Ainsi l'atteinte des racines rachidiennes peut s'accompagner de troubles sensitifs subjectifs qui simulent ceux de certaines affections viscérales, d'où la grande importance que présente le diagnostic du syndrome radiculaire lié à l'ostéo-arthrite vertébrale.

Les symptômes caractéristiques sont la diminution de la mobilité du rachis sans douleur vertébrale localisée comme dans le mal de Pott ou dans les tumeurs, les douleurs radiculaires produites ou exagérées par les mouvements, par la toux, l'éternuement, les efforts de défécation (signe de Dejerine), soulagées par le relâchement de la musculature rachidienne, enfin les troubles sensitifs (hyperesthésie, hypoesthésie, anesthésie) à topographie radiculaire, d'ordinaire bilatérale, variables selon la localisation de l'ostéo-arthrite et que révèle un examen patient et méthodique avec une houppe de coton. On peut constater aussi des paresthésies, des craquements dans la colonne vertébrale et dans d'autres articulations, des modifications radiologiques au niveau des vertèbres atteintes.

Ce syndrome est assez caractéristique pour être reconnu cliniquement. Ses éléments ne sont pas en rapport avec les maladies viscérales qu'ils évoquent et peuvent être distingués par un examen attentif des maladies viscérales avec lesquelles ils peuvent coexister. P.-L. Marie.

B. V. Lyon. ***La vésicule biliaire peut-elle être vidée par le drainage biliaire duodénal? La vésicule biliaire est-elle la source de la bile « B »? Etude cholécystographique du drainage biliaire*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLIII, nº 2, Février 1929). — Comme, malgré toute une série probante de travaux de contrôle d'origine américaine et étrangère, il existe encore des divergences d'opinion concernant la méthode de drainage des voies biliaires au moyen du tube duodénal de V. L., celui-ci a voulu clore définitivement le débat en étudiant une série de malades au moyen de la cholécystographie, dans le but d'établir d'abord que l'ombre de la vésicule remplie de tétraiode est susceptible de se réduire ou de disparaître sous l'influence de la stimulation duodénale et ensuite que la bile « B » est bien une bile d'origine vésiculaire, en dosant la teneur en iode des biles B et C.

De ces recherches faites sur 19 malades atteints manifestement ou vraisemblablement d'affections des voies biliaires intéressant plus ou moins la vésicule, il résulte clairement que : 1º la vésicule vide son contenu largement au moyen de la musculature intrinsèque et que les facteurs tels que la pression du diaphragme, les mouvements respiratoires, les variations de la pression abdominale, les changements de tonicité de la paroi duodénale et du sphincter d'Oddi ne jouent qu'un rôle relativement peu important;

2º Que de bons échantillons de bile vésiculaire peuvent être obtenus par le tube duodénal après stimulation au moyen de sulfate de magnésie, de peptone, d'huile d'olives ou d'autres substances, mais à un moindre degré;

3º Que des échantillons de bile vésiculaire peuvent être obtenus en vue de l'étude directe microscopique, chimique et bactériologique chez la majorité des malades atteints d'altérations pathologiques de gravité diverse de la vésicule biliaire, sauf lorsque le canal cystique est obstrué par un calcul, un rétrécissement ou des adhérences, l'obstruction du canal cystique due au catarrhe constituant la seule exception importante.

Il faut tenir compte en outre des exceptions suivantes qui, elles, n'ont rien à faire avec l'occlusion du canal cystique et qui empêchent l'obtention de la bile vésiculaire : *a*) rétraction scléreuse de la vésicule, s'accompagnant d'ordinaire de la présence de calculs, les parois de l'organe étant épaissies et la musculature détruite; *b*) atonie ou inertie vésiculaire, où il s'agit vraisemblablement de vésicules surdistendues par des calculs, dont les parois sont parfois aussi minces qu'une feuille de papier; *c*) déséquilibre du contrôle nerveux de la vésicule et du sphincter d'Oddi chez des sujets nerveux instables présentant d'ordinaire d'autres signes d'instabilité. Ces 2 derniers groupes peuvent être opposés sous le nom de blocage physiologique aux faits de blocage mécanique. L'état réalisé dans le groupe *a* mettra toujours obstacle à l'obtention de la bile vésiculaire et montrera d'autre part des signes évidents de cholécystite chronique à la cholécystographie. Les malades des groupes *b* et *c* peuvent d'ordinaire devenir dans la suite accessibles au drainage biliaire, ceux du groupe *b* par l'exercice de la musculature atone réalisé grâce à un régime riche en graisses et par le drainage duodénal répété fréquemment, ceux du groupe *c* par les bromures ou autres sédatifs ou par les antispasmodiques (injections d'atropine jusqu'à obtention de l'effet physiologique).

En somme, les résultats obtenus par L. démontrent victorieusement d'abord que chez les malades ne présentant pas d'obstruction du cystique et ayant une cholécystite peu avancée la vésicule est bien la source de la bile « B » et se vide après stimulation intraduodénale; ensuite que chez les malades atteints d'altérations pathologiques plus marquées, les résultats, tout en étant moins bons, ne peuvent pas être considérés comme viciant la valeur du drainage duodénal, mais simplement comme limitant le champ de son utilisation thérapeutique; à cet égard beaucoup de malades ayant des altérations avancées de la vésicule ont pu néanmoins être assez améliorés par le drainage répété pour que L. ait été amené à continuer le traitement par les moyens non chirurgicaux. P.-L. Marie.

S. E. Goldberg. ***Un cas d'ochronose phénolique*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLIII, nº 2, Février 1929). — Le terme d'ochronose a été employé par Virchow pour désigner le dépôt de pigment ocre dans les cartilages et divers tissus (adventice des vaisseaux, chorion de la peau, muscles lisses et striés, parfois épithélium rénal), dépôt qui à l'œil nu se traduit par une coloration noire plus ou moins accusée des tissus infiltrés.

On distingue 2 types principaux de cette affection : 1º *endogène*, congénital, ou ochronose alcaptonurique où le pigment dérive de substances hydroxylées de la série aromatique (tyrosine, phénylalanine) sous l'influence de ferments oxydants (tyrosinase) par suite d'un trouble du métabolisme intermédiaire des protéines et qui s'accompagne de modifications urinaires (présence d'alcaptone); 2º *exogène*, ou ochronose phénolique, due à l'introduction de phénol dans l'organisme par suite de l'usage prolongé de pansements phéniqués, et où le pigment qui est le même dérive de produits hydroxylés du phénol (hydroquinone, pyrocatéchine).

Dans le cas présent, le 12e connu d'ochronose phénolique, il s'agit d'une femme de 63 ans, atteinte d'ulcères de jambe soignés depuis de longues années au moyen de pansements phéniqués. La peau présentait une coloration gris noirâtre au niveau du pavillon de l'oreille; 2 taches d'un noir bleuâtre sur la sclérotique cernaient la cornée en forme de parenthèses. La malade succomba à un cancer de l'utérus. L'autopsie montra de l'ochronose des cartilages auriculaires, thyroïde et costaux, des anneaux cartilagineux de la trachée et des bronches principales qui étaient colorés en gris bleu, des taches noirâtres dans les sclérotiques et au pourtour des dépôts calcifiés de l'intima de la crosse aortique, enfin une coloration enfumée de la tête des humérus et des fémurs et des cartilages des genoux avec un certain degré de ramollissement du tissu cartilagineux.

On trouve souvent dans l'ochronose, surtout dans la forme alcaptonurique, des lésions des articulations voisines du rhumatisme déformant, et constamment des lésions d'artériosclérose; ici il existait de la sclérose des valves mitrales et aortiques, ainsi que de l'athérosclérose de l'aorte. P.-L. Marie.

BULLETIN of the JOHNS HOPKINS HOSPITAL (Baltimore)

Fuller Albright. ***Syndrome produit par l'anévrisme situé à la jonction de la carotide interne et de l'hexagone de Willis ou à proximité de ce carrefour*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, tome XLIV, nº 4, Avril 1929). — F. rapporte 2 observations originales d'anévrisme siégeant à proximité du carrefour de la carotide interne et du cercle artériel de Willis, avec l'autopsie d'un de ces cas. Il a retrouvé 30 observations analogues dans la littérature et en donne un résumé. En se basant sur ces 32 cas, il cherche à dégager la symptomatologie de ces anévrismes.

Les anévrismes relevaient de 5 groupes de causes : mycoses, traumatisme, syphilis, artériosclérose, malformation congénitale.

Les symptômes peuvent être divisés en signes de voisinage, dus à une atteinte des tissus de la région, et en signes dépendant de l'hémorragie sous-arachnoïdienne.

Excepté dans les anévrismes très volumineux, les signes de localisation n'existent que lorsqu'une rupture partielle de l'anévrisme a permis la constitution d'un faux anévrisme.

Les signes par altération de voisinage les plus communs sont les paralysies du 3e nerf constantes (droit interne et droit externe surtout), et l'atteinte de la première branche du nerf trijumeau.

Dans 1 cas le soulagement de la douleur par oblitération du tronc de la carotide dans le cou apporta une aide précieuse au diagnostic. Par contre, la ligature de la carotide interne dans le cou n'eut aucun succès dans un des cas les plus récents.

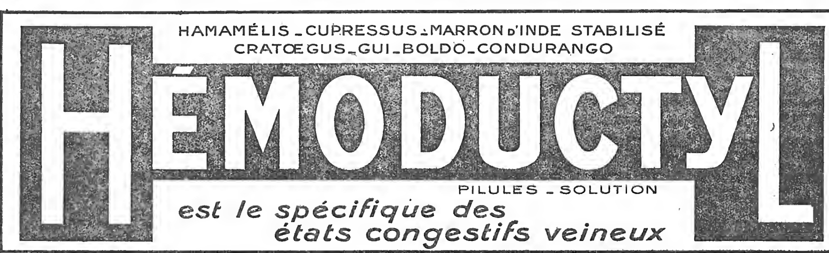
L'évolution et la durée dépendent de l'étiologie. Les ligatures de la carotide primitive ou interne n'ont pas la même suite que dans les anévrismes artério-veineux ou les anévrismes plus bas situés, à cause des anastomoses probablement. Robert Clément.

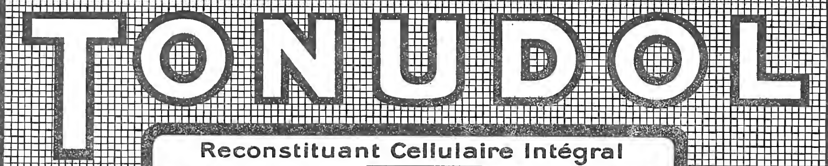
BRAZIL MEDICO (Rio de Janeiro)

Americo Valerio. ***Blennorragies chroniques guéries par un gonococcisme aigu*** (*Brazil medico*, tome XLIII, nº 17, 27 Avril 1929). — Un jeune homme de 22 ans avait une goutte matinale chronique depuis 2 ans, rebelle à tout traitement. 3 semaines avant de se marier, le malade présente, à la suite d'excès, un écoulement aigu. V. fut étonné de constater qu'après quelques lavages de l'urètre au cyanure de mercure et quelques injections d'autohémothérapie, l'écoulement était complètement guéri au bout de 26 jours : les examens microscopiques furent négatifs, la spermoculture négative et les épreuves de réactivations négatives. Le malade se maria, et ni lui, ni sa femme, ni ses enfants ne présentèrent aucun accident.

En se basant sur cette observation V. essaya de rendre aigus 12 cas de blennorragie chronique, et, avec le consentement des malades, il injecta dans leur urètre une culture de gonocoques, aussi pure que possible, et au bout d'une semaine il commença les grands lavages urétro-vésicaux de cyanure de Hg et l'auto-hémothérapie.

V. suppose que cette thérapeutique, en amenant une congestion intense des organes et la résorption des exsudats formés, provoque un choc colloïdoclasique qui exacerbe les défenses de l'organisme et amène la guérison de cas résistant aux traitements habituels. R. Burnier.


HAMAMÉLIS _ CUPRESSUS _ MARRON D'INDE STABILISÉ
CRATŒGUS _ GUI _ BOLDO _ CONDURANGO
HÉMODUCTYL
PILULES _ SOLUTION
est le spécifique des
états congestifs veineux


TONUDOL
Reconstituant Cellulaire Intégral
NUCLÉARSINATE DE MANGANÈSE
HYPOPHOSPHITES DE FER ET DE CHAUX
GRANULÉ
COMPRIMÉS
AMPOULES
INJECTABLES

RÉPERTOIRE DE MÉDECINE PRATIQUE

Un classeur des **Répertoires de Médecine pratique** *est en vente à nos bureaux au prix de : France et étranger,* **9** *francs (envoi franco).* (N° 500)

(Traitement) **TACHYCARDIES**

Traitement des tachycardies

La tachycardie, caractérisée par l'accélération des battements du cœur, peut constituer une maladie spéciale, la tachycardie paroxystique essentielle ou bien être symptomatique dans un grand nombre de cas pathologiques.

I. — *Tachycardie paroxystique.*

A. *Pendant la crise :*

1° *Repos absolu*, de préférence dans le décubitus dorsal;

2° Régime réduit, de digestion facile, constitué par des petits repas;

3° Essayer : l'application d'une *ceinture abdominale*;

4° L'application précordiale d'une *vessie de glace*;

5° Des *inspirations profondes* suivies d'expirations prolongées;

6° La *compression oculaire*;

7° Prendre toutes les 10 minutes une cuillerée à soupe de la potion suivante. Boire ensuite un peu d'eau chaude. S'arrêter dès les premiers vomissements;

Poudre d'ipéca	1 gr. 50
Sirop d'ipéca	100 gr.

8° Ou bien *digitaline cristallisée* au millième : V à XXV gouttes par jour pendant 3 à 5 jours, suivant les sujets;

9° Ou bien un granule d'*extrait de strophantus* de 0 gr.001 matin et soir;

10° Ou bien un granule de 1 milligr. de *sulfate d'ésérine*, 2 à 3 fois par jour, ou une *injection sous-cutanée de 1 à 2 milligr. de sulfate ou de salicylate d'ésérine* en solution huileuse;

11° Ou bien prendre, de 10 en 10 minutes, 3 des cachets suivants avec 1/2 verre d'eau, qu'on boira à toutes petites gorgées :

Extrait d'hypophyse	0 gr. 15

12° Ou bien chaque jour 3 à 5 comprimés de 0 gr. 20 de quinidine.

A. *Dans l'intervalle des crises :*

1° *Supprimer le tabac, l'alcool, le thé, le café. Eviter le surmenage;*

2° *Régime mixte modéré en évitant :*

Graisses et aliments gras, acidités et crudités. Féculents et farineux; coquillages, charcuterie, etc.

Manger lentement, diviser finement les aliments et bien mastiquer.

Un seul verre de boisson aux repas; une tasse d'infusion d'anis étoilé à la fin;

3° *Hydrothérapie tiède* : tubs tièdes quotidiens. Bains bihebdomadaires à 36°-38°, 12 à 15 minutes;

4° Pendant 10 jours prendre chaque jour, le matin au réveil et le soir au coucher, une tasse à café d'eau tiède additionnée d'une cuillerée à café de la poudre suivante :

Sulfate de soude	ââ 5 gr.
Citrate de soude	ââ 5 gr.
Phosphate de soude	ââ 5 gr.
Bicarbonate de soude	ââ 5 gr.
Lactose	180 gr.

Les 10 jours suivants, on n'en prendra que tous les 2 jours; ensuite 2 fois par semaine;

5° Ensuite, pendant 10 jours, prendre chaque jour, toutes les heures, 1 comprimé de 1 centigr. de *gardénal*;

6° Puis, pendant 10 jours, une cuillerée à dessert 3 fois par jour de la potion suivante, au milieu du repas :

Bromure de sodium	10 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères	300 gr.

7° Puis, pendant 10 jours, 3 des pilules suivantes, chaque jour, en dehors des repas, avec une tasse d'infusion de feuilles d'oranger :

Extrait de valériane	0 gr. 10

8° Puis, pendant 2 semaines consécutives, 1 comprimé de *quinidine* de 0 gr. 20, au début des 3 repas. Après 5 jours de repos on pourra reprendre;

9° *En cas de défaillance du muscle* cardiaque, recourir à la *digitale*, à l'*ouabaïne*, à la *caféine*, au *strophantus*, à la *spartéine*, en même temps qu'au *repos* et à un régime réduit lacto-végétarien.

II. — *Tachycardies symptomatiques.*

Le traitement consiste à combattre la cause qu'il faudra rechercher. Mais quand la maladie causale se prolonge, on peut être obligé de venir en aide à l'appareil circulatoire défaillant et de recourir aux *toniques cardio-vasculaires* :

Spartéine, caféine, huile camphrée, adrénaline, glace sur le cœur.

Tachycardies des maladies infectieuses (diphtérie, grippe, fièvre typhoïde, etc.).

Tachycardies toxiques : alcool, café, thé, tabac.

Tachycardies thyroïdiennes : goitre exophtalmique.

Tachycardies de l'insuffisance surrénale (tachycardie et hypotension).

Tachycardies de l'insuffisance ovarienne (ménopause).

Tachycardies de l'insuffisance hypophysaire (tachycardie + hypotension + instabilité du pouls).

Tachycardies nerveuses soit par lésion du bulbe, soit par *compression du pneumogastrique* (anévrismes de l'aorte, adénopathie trachéobronchique, etc.), soit dans les névroses, soit réflexes (aérophagie, rein flottant, etc.).

Tachycardies des affections cardio-vasculaires : hypertension, hypotension artérielle, artériosclérose, aortite, cardiopathies valvulaires, asystolie, péricardites, myocardites, endocardites aiguës.

A. Lutier.

RÉPERTOIRE DE MÉDECINE PRATIQUE

Un classeur des **Répertoires de Médecine pratique** *est en vente à nos bureaux au prix de : France et étranger,* **9** *francs (envoi franco).* (N° 501)

(Traitement) **PALPITATIONS**

Traitement des palpitations

Les palpitations sont caractérisées par des *extra-systoles* et des *douleurs précordiales* subordonnées à un *état névropathique* et à des causes multiples dont la *dyspepsie gastrique* est la plus fréquente (*aérophagie*, hypersthénie gastrique avec troubles de l'évacuation, *ptose*).

Le traitement sera donc surtout celui de la dyspepsie et de l'éréthisme nerveux. De plus, on recherchera la cause afin de lui opposer un traitement adéquat : affections de l'intestin, du foie, des voies biliaires, de l'utérus, du poumon, ectopie rénale, etc.

I. — *Traitement de la crise de palpitation.*

1° Prendre une des pilules suivantes (3 ou 4 en vingt-quatre heures, si besoin) :

Extrait de belladone	0 gr. 02
Poudre de belladone	0 gr. 01

2° ou bien prendre une *perle d'éther* ou une *capsule d'éther amylvalérianique*, toutes les demi-heures jusqu'à disparition des palpitations;

3° Appliquer sur la région précordiale des *compresses froides* ou une *compresse imbibée d'éther*.

II. — *Dans l'intervalle des crises.*

1° *Régime mixte modéré*, en évitant :

Graisses et aliments gras, acidités et crudités. Féculents et farineux; coquillages, charcuterie, etc. Manger lentement; diviser finement les aliments et bien mastiquer.

Un seul verre de boisson aux repas; une tasse d'infusion d'anis étoilé à la fin.

2° *Supprimer le tabac, l'alcool, le thé, le café. Eviter le surmenage.*

3° *Psychothérapie* : Affirmer l'absence de toute lésion cardiaque. Paraphraser la formule : « Le cœur est témoin et victime, l'estomac et le système nerveux sont seuls coupables. » Se garder de toute prescription comportant une modification profonde au point de vue professionnel, car le sujet l'interpréterait inévitablement comme de signification grave.

S'abstenir formellement de toute thérapeutique cardiaque.

4° *Hydrothérapie tiède*.

Tubs tièdes quotidiens.

Bains bi-hebdomadaires 36°-38°, 12 à 15 minutes.

5° Pendant dix jours, prendre chaque jour, le matin au réveil et le soir au coucher, une tasse à thé d'eau tiède additionnée d'une cuillerée à café de la poudre suivante :

Sulfate de soude	ââ 5 gr.
Citrate de soude	ââ 5 gr.
Phosphate de soude	ââ 5 gr.
Bicarbonate de soude	ââ 5 gr.
Lactose	180 gr.

Mélanger finement.

Les dix jours suivants, on n'en prendra que tous les deux jours; ensuite deux fois par semaine.

6° Les dix jours suivants prendre, toutes les heures, un comprimé de 1 centigr. de *gardénal*.

7° Les dix jours suivants :

Bromure de sodium	10 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères	300 gr.

Une cuillerée à dessert trois fois par jour au milieu des repas.

8° Les dix jours suivants :

Extrait de valériane	0 gr. 10

Pour une pilule : trois par jour, en dehors des repas, avec une tasse d'infusion de feuilles d'oranger.

9° Ensuite, si les palpitations, malgré tout, ont tendance à récidiver, prendre, pendant deux semaines consécutives, un des comprimés suivants au début des trois repas :

Sulfate de quinidine	0 gr. 20

Pour un comprimé.

Puis, rester cinq jours sans quinidine et reprendre et ainsi de suite.

Plus tard, on mettra une semaine d'intervalle entre les séries de quinidine.

Martinet et A. Lutier.

REVUE DES JOURNAUX

REVUE D'ORTHOPÈDIE ET DE CHIRURGIE DE L'APPAREIL MOTEUR

H.-L. Rocher (de Bordeaux). ***Kyste hydatique du rachis*** (*Revue d'Orthopédie et de Chirurgie de l'Appareil moteur*, an. XXX, tome XVI, nº 2, Mars 1929). — Rares au rachis, les kystes hydatiques y siègent surtout à la région dorsale et à la région sacrée. R. reprend leur étude à propos d'une observation personnelle chez une fillette de 13 ans, porteuse très probablement depuis le très jeune âge d'un kyste hydatique de la région dorsale moyenne, s'étant extériorisé dans le médiastin postérieur et vers l'hémithorax droit, déterminant par compression médullaire un syndrome de paraplégie spasmodique à allure rapide.

Le kyste hydatique du rachis peut être la seule manifestation de l'échinococcose ou coexister avec une autre localisation (hépatique, os iliaque, etc.). Le traumatisme peut être un facteur de localisation.

Dans l'échinococcose osseuse, la proportion des localisations rachidiennes est variable : 8 pour 52, Gangolpbe ; 26 pour 111, Cranvell et Herrero Vegas, etc.

Pour les uns (Kersente), le parasite se développe primitivement en général dans le corps vertébral ; pour les autres (Baqué), il se développe dans les parties molles voisines et pénètre secondairement dans le canal rachidien.

Il y a compression des racines nerveuses d'abord puis compression de la moelle sur une plus ou moins grande hauteur. La ressemblance est grande avec le mal de Pott, surtout s'il se trouve appendues sur les flancs du rachis des poches hydatiques simulant les abcès par congestion.

L'évolution peut être longtemps latente.

La paraplégie est généralement progressive, plus ou moins rapide; elle peut être brusque; elle est à caractère spasmodique, en extension surtout.

L'examen du sang, les réactions de Weinberg et Parvu, l'intradermo-réaction doivent être pratiqués.

L'examen clinique, la radiographie, les épreuves de laboratoire constituent le trépied indispensable du diagnostic.

La tuberculose et le cancer du rachis sont les deux affections qu'il convient surtout de distinguer.

La suppuration, la rupture à la peau, l'ouverture par vomique sont des complications à redouter.

La voie d'accès opératoire est dictée par la localisation précise (radiographie et radio-lipiodol) de la lésion kystique.

Si le kyste s'est développé dans le médiastin, il faut réséquer une ou plusieurs côtes et des apophyses transverses. L'évidement de l'os doit être aussi complet que possible.

La laminectomie peut se trouver indiquée.

Dans la *Thèse* de son élève Susbielle (Bordeaux, 1928) consacrée aux kystes du rachis (sacrum excepté), on note, sur 45 cas, 16 opérations avec 7 guérisons et 9 morts. Mais il faut tenir compte du fait que des cas anciens figurent dans cette statistique.

Albert Mouchet.

REVUE DE STOMATOLOGIE (Paris)

Barzilaï. ***L'électrargol en stomatologie*** (*Revue de Stomatologie*, tome XXXI, nº 5, Mai 1929). — B. reprend avec son maître Rousseau-Decelle l'étude de l'action des sels colloïdaux dans les maladies infectieuses. D'après ses observations cliniques et hématologiques, il pense que cette action peut être rapportée à un choc; et du point de vue stomatologique, il donne de son travail les conclusions suivantes :

L'électrargol est un adjuvant dans les ostéo-phlegmons, les adéno-phlegmons, les adénites géniennes, les accidents de dent de sagesse, les abcès périamygdaliens.

Son but est de déclencher une phagocytose énergique, donc de juguler une infection au début, ou de hâter l'évolution d'une infection en cours.

Les résultats dépendent de la précocité de son emploi, de la proportion de la dose à l'effet, de l'état général du sujet.

Il n'est contre-indiqué que dans les cas où le cœur, le foie et les reins présentent des lésions graves.

Son mode d'emploi consiste en injections quotidiennes intramusculaires en série de 5 à 10, faites généralement aux doses de 10 à 20 cmc.

C. Ruppe.

Vincent René. ***Le rôle de la tonsille gingivale dans la pathogénie de la pyorrhée alvéolo-dentaire*** (*Revue de Stomatologie*, tome XXXI, Mai 1929). — V. nous donne une nouvelle pathogénie de la pyorrhée alvéolo-dentaire. Il en fait une maladie infectieuse par voie sanguine. Il admet avec Retterer l'existence de tissu lymphoïde dans les ponts gingivaux interdentaires et avec Sanarelli le rôle du tissu lymphoïde à la fois comme organe d'absorption ou d'entrée et d'élimination ou de sortie.

De là, V. tire de ses observations et de ses examens de laboratoire les hypothèses suivantes :

1º Une corrélation indiscutable existe entre les poussées inflammatoires des ponts interdentaires et un état infectieux localisé loin de la bouche ;

2º Ces états infectieux ont nettement précédé l'éclosion des manifestations gingivales ;

3º Le microbe prélevé en pleine gencive enflammée, dans le sang, est bien le même agent que celui de l'infection préexistante.

Ainsi, pour V., la pyorrhée est secondaire; elle n'engendre pas des foyers infectieux à distance, mais est engendrée par eux.

C. Ruppe.

L'ODONTOLOGIE (Paris)

Ch. Hulin. ***L'état anaphylactique et la pyorrhée*** (*Odontologie*, tome LXVII, 49e année, Mai 1929). — H., après un rappel des conceptions actuelles sur les colloïdes et la floculation, rapporte la pyorrhée alvéolo-dentaire à un état anaphylactique, en s'appuyant sur des données cliniques et expérimentales.

La pyorrhée se produirait chez les sujets atteints d'instabilité humorale. Cette instabilité aurait une répercussion locale sur les tissus gingivaux avec tendance nécrobiotique. Cet état d'hypersensibilité cellulaire serait aggravé par le contact des colloïdes antagonistes qui figurent dans les enduits albuminomicrobiens qui se tiennent au niveau des marges gingivales.

Cet état d'anaphylaxie locale rend la gencive moins apte à se défendre contre l'envahissement des agents infectieux. Il est aussi responsable de troubles circulatoires, suractivité circulatoire qui aboutit à l'ostéolyse.

H. en déduit une thérapeutique de désensibilisation générale et locale et expose un traitement complet de la pyorrhée.

C. Ruppe.

VIRCHOW'S ARCHIV für PATHOLOGISCHE ANATOMIE und PHYSIOLOGIE und für KLINISCHE MEDIZIN (Berlin)

Kliwanskaja-Kroll. ***Contribution à l'étude morphologique de l'hyperthyroïdisme expérimental, altération des organes à sécrétion interne de l'organisme en croissance consécutive à l'ingestion systématique d'extraits thyroïdiens.***

2e communication : *corps thyroïde et thymus* (*Virchow's Archiv*, tome CCLXXII, fasc. 2, Mai 1929). — Les expériences pratiquées sur le rat ont montré qu'après 30 jours d'ingestion de substance thyroïdienne le corps thyroïde montre des altérations évidentes, caractérisées par l'atrophie de l'épithélium et par la suppression de la sécrétion.

Le thymus présente une hypertrophie marquée de la corticale avec augmentation numérique considérable des corpuscules de Hassel.

Ch. Oberling.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN (Leipzig)

Shi Gehiro Katsura. ***L'influence de la division de la ration d'hydrate de carbone sur la tolérance des diabétiques*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXIV, nos 1 et 2, Mai 1929). — Il n'a pas été fait jusqu'ici de recherches relatives au retentissement de la manière dont la ration d'hydrate de carbone est répartie dans la journée sur la tolérance des diabétiques pour cet aliment. Aussi K. a-t-il procédé à des recherches minutieuses sur ce point. Cet auteur a d'abord pris la précaution de mettre les gens sains ou malades, qu'il a examinés à ce point de vue, pendant plusieurs jours à un régime d'équilibre. Chez les diabétiques qui étaient traités avec de l'insuline, ce médicament était cessé pendant les essais au cours desquels les malades gardaient le lit et ne prenaient, pendant la journée, que du pain et du thé aux doses prescrites, c'est-à-dire 4 gr. de pain par kilogramme, en 2 fois, à 7 heures et à 13 heures, ou en 10 fois entre 7 heures et 16 heures. Les prises de sang avaient lieu toutes les heures au moins.

Chez les individus sains, la ration de pain prise en 2 fois détermine chaque fois une élévation à peu près semblable du sucre du sang : 2 heures plus tard, la glycémie est redevenue normale. Avec 10 portions il y a d'abord une élévation peu importante, de 97 à 122 milligr., par exemple, après quoi la courbe reste horizontale et sans variations sensibles.

Chez les convalescents de certaines affections (ictère, polyarthrite, etc.) on observe que le second sommet, le jour où la ration d'hydrate de carbone est consommée en 2 fois, s'élève plus haut que le 1er et ensuite, le jour où la ration est répartie en 10 doses, la courbe, au lieu d'être régulière, est beaucoup plus accidentée.

Chez les diabétiques légers, l'élévation du sucre du sang est, au cours de l'épreuve en 10 fois, moindre quoique plus continue et, ce qui est plus important à considérer, il est éliminé au total moins de sucre avec les urines qu'au cours de l'essai en 2 fois.

Pour les diabètes moyens, on observe parfois que l'administration en 10 fois provoque une courbe de glycémie constamment ascendante, de sorte qu'à la fin de la journée, le sucre du sang est plus élevé qu'avec l'administration en 2 fois. Dans les diabètes sévères, la courbe est encore plus nettement ascendante avec l'épreuve en 10 fois.

Ainsi l'utilité de répartir la ration d'hydrate de carbone en petites doses est nette pour une série de cas et notamment pour les diabètes bénins et pour certains diabètes moyens. Par contre, pour les diabètes sévères, il n'en est plus de même puisque généralement, à la fin de l'épreuve, le sang contient plus de sucre quand la ration d'hydrate de carbone a été divisée en 10 que quand elle a été donnée en 2 fois. En donnant des rations d'hydrate de carbone mieux adaptées à la tolérance que 4 gr. de pain par kilogr. peut-être arriverait-on, selon K., à des résultats encore plus caractéristiques.

P.-E. Morhardt.

L. S. Schwarz et S. L. Gerson. ***Le glycogène du sang*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXIV, nos 1 et 2, Mai 1929). Le dosage du glycogène du sang a été fait par un bon nombre

d'auteurs qui ont trouvé des chiffres très variables allant de 1 (Huppert) à 30 (Lépine) milligr. pour 100 gr. Après une alimentation riche en hydrate de carbone, de Filippi y a trouvé des chiffres oscillants de 38 dans la carotide à 98 dans la veine porte. Ces différences ont amené S. et G. à reprendre la question en procédant à des dosages de glycogène d'après la méthode de de Joung et Planelles. Les dosages étaient faits le matin à jeun, soit sur le sang total, soit séparément sur les globules du sang, le plasma et le sérum. Au total, 79 malades ont été examinés. En outre, on a dosé dans quelques cas le sucre du sang avant et après hydratation pour voir si ce que Cammidge appelle « difference value » correspond au seul glycogène du sang. On a vu ainsi que, pour expliquer cette « difference value », il faut faire intervenir l'existence de dextrine.

S. et G. ont constaté que le glycogène du sang est également réparti dans le plasma et dans le sérum mais qu'il y est proportionnellement beaucoup moins abondant que dans sang total.

Dans les lésions du foie (hépatite), le glycogène du sang est augmenté. En cas d'hépatite syphilitique avec bon état général, cette augmentation est faible. Elle est plus nette dans la cholélithiase avec ictère et réaction douloureuse violente. Dans 11 cas de diabète sur 16, l'augmentation a été également forte. Ce phénomène est assez difficile à expliquer puisque, en pareil cas, on observe une augmentation des ferments amylolytiques, ce qui devrait entraîner une augmentation de la transformation du glycogène en glucose. L'étude de ces faits doit donc être, comme le remarquent S. et G. reprise sur de nouvelles bases.

Les tumeurs malignes s'accompagnent également d'une forte augmentation du glycogène du sang, tandis que, dans les affections du rein, les chiffres sont normaux. Dans l'asystolie avec augmentation du volume du foie et ictère léger, la proportion du glycogène s'élève d'autant plus que l'asystolie est plus marquée et que le parenchyme hépatique est plus atteint.

Dans un cas de pneumonie franche, avec ictère, l'augmentation a été très marquée. Ce fait doit être probablement mis en rapport avec la leucocytose qui s'observe en pareil cas, car chez d'autres malades présentant de la leucocytose, le glycogène a été également augmenté. Dans l'endocardite lente, dans la tuberculose pulmonaire avec caverne, dans l'obésité, le glycogène du sang manquait ou était faiblement représenté. Il a été un peu augmenté dans un cas de maladie de Basedow et fortement dans un cas de gangrène spontanée. P.-E. Morhardt.

Franz Herzog. *La pression sanguine dans les vaisseaux cutanés* (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXIV, nos 1 et 2, Mai 1929). — Le procédé utilisé par H. pour mesurer la pression sanguine dans les vaisseaux cutanés, consiste à fixer un doigt de caoutchouc à l'extrémité d'un tube de verre de 3 cm. de diamètre et de 11 cm. de longueur. A l'autre extrémité de ce tube se trouve un bouchon au travers duquel passe un tube qui est en communication avec un manomètre à mercure. Après avoir rendu un doigt exsangue à l'aide d'un lien de caoutchouc, on le fait pénétrer, coiffé du doigt de gant, à l'intérieur du tube. A l'aide de la soufflerie du manomètre, on augmente la pression dans l'intérieur du tube jusqu'à 60 mm. de mercure. On coupe alors l'anneau qui rend le doigt exsangue et on constate que la peau reste blanche à cause de la pression qui se transmet sur le doigt à travers le caoutchouc.

En recommençant l'expérience avec une pression de 50 mm. à l'intérieur du tube, on constate que la peau rougit un peu malgré la pression extérieure à laquelle elle est soumise. Par contre, avec une pression de 40 mm., la peau redevient rouge aussitôt qu'on a coupé l'anneau de caoutchouc parce que la pression du manomètre est insuffisante pour empêcher le sang d'arriver dans les capillaires.

La pression, qui est juste suffisante pour retarder un peu, dans les conditions de l'expérience, l'arrivée du sang dans les vaisseaux capillaires, dépasse donc un peu la pression sanguine de ces vaisseaux. Ainsi mesurée, cette pression atteint chez l'homme sain, d'après H., de 40 à 50 mm. de mercure. La pression ainsi définie a été étudiée chez 130 malades qui ont donné lieu à 165 mensurations. En même temps la pression artérielle était déterminée par la méthode auscultatoire, ce qui a permis de mesurer l'abaissement de pression qui se produit entre artère et vaisseaux cutanés.

Dans la néphrite diffuse aiguë ou chronique ou dans la néphrose, la pression des vaisseaux cutanés était généralement basse ou, en tout cas, basse par rapport à la pression artérielle. Dans l'hypertonie essentielle, la pression dans les vaisseaux cutanés est toujours élevée. Mais la différence de pression entre artères et vaisseaux cutanés est plus grande que normalement, ce qui témoigne d'un rétrécissement des petites artères qui joueraient ainsi un rôle dans l'étiologie de l'hypertonie.

Dans les scléroses périphériques, dans l'artérite, dans le diabète, la pression des vaisseaux cutanés est régulièrement abaissée. Elle l'est généralement dans la stase cardiaque. P.-E. Morhardt.

MITTEILUNGEN AUS DEN GRENZGEBIETEN DER MEDIZIN und CHIRURGIE (Iéna)

Kurt Kahn. *La variation des thromboses et des embolies depuis la guerre et ses causes* (*Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie*, tome XLI, n° 3, 1929). — Cet important mémoire, qui émane de l'Institut pathologique de Fribourg, permet de constater que les embolies, mortelles ou non, qui ont été observées entre 1919 et 1927, ont d'abord diminué de fréquence, tout de suite après la guerre, pour atteindre le niveau le plus bas pendant les années d'inflation. Mais, depuis 1924, leur nombre augmente d'une façon continue, de sorte que les chiffres constatés en 1927 atteignent une hauteur qui n'avait pas encore été observée.

Les thromboses et les embolies mortelles atteignent surtout les gens âgés : entre 41 et 50 ans pour les thromboses ; entre 51 et 60 ans pour les embolies pulmonaires mortelles. En outre, le pronostic des thromboses s'aggrave avec l'âge; les femmes sont plus atteintes que les hommes à l'âge de la maturité sexuelle.

La Clinique médicale est celle où l'on observe la plus grande augmentation de thromboses et d'embolies, survenant surtout dans le groupe des affections cardio-vasculaires. Dans l'ensemble des Cliniques, ces complications atteignent des cardiaques 70 fois sur 100 et plus spécialement des hypertrophies ou des dilatations du cœur.

L'influence de l'infection sur la fréquence des thromboses s'est fait sentir dans les premières années d'après guerre. Actuellement les infections, y compris la grippe, n'interviennent certainement pas, d'après K.

L'augmentation est due au fait que, chez des gens prédisposés par l'âge ou par une affection cardio-vasculaire, il apparaît des facteurs favorisants et notamment une augmentation de l'emploi des injections intraveineuses et une thérapeutique qui prolonge la vie des cardiaques ou une amélioration générale de l'état d'embonpoint.

L'influence des injections intraveineuses résulte de 3 observations sûres et de 2 observations moins significatives. L'influence de l'état d'embonpoint résulte du fait que l'obésité constitue une prédisposition, tandis que la cachexie représente une certaine protection. Dans ce dernier cas, en effet, on n'observe d'embolie mortelle que dans le 2,2 p. 100 des cas, tandis qu'on en observe dans le 17 p. 100 lorsqu'il y a embonpoint moyen et 50 pour 100 lorsqu'il y a obésité.

Comme mesures prophylactiques K. recommande, surtout chez les cardiaques et chez les âgés ou chez les obèses, une stimulation de la circulation, une limitation des injections intraveineuses et plus de prudence pour déterminer les indications d'intervenir opératoirement. P.-E. Morhardt.

Jakob Rathner. *La question des arthrites endocriniennes (eunuchisme et maladie de Bechterew)* (*Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie*, tome XLI, n° 3, 1929). — Dans la première observation de ce travail, il s'agit d'un homme de 33 ans qui présente tous les caractères de l'eunuchoïde : absence de poils à l'aisselle et au pubis, organes sexuels d'un enfant de 5 à 6 ans. Depuis sa 25e année, il remarque, en outre, une raideur marquée du rachis qui l'empêche de relever les objets tombés par terre ou d'enfiler un vêtement. Des douleurs n'ont apparu que depuis 3 ans dans la région du rachis. Au début, elles disparaissaient dans la position couchée. Depuis, elles sont devenues constantes et prennent l'apparence de douleurs en ceinture. On constate, en outre, que s'il n'y a pas de symptômes pyramidaux, par contre, le signe de Kernig est net, surtout à droite. Les jambes sont légèrement écartées l'une de l'autre et il ne peut se produire absolument aucune flexion dans les régions inférieures du rachis. La selle turcique est seulement légèrement approfondie et l'ossification des épiphyses n'est pas encore terminée. Il s'agit donc, au total, d'une combinaison de la maladie de Bechterew et de la spondylose rhizomélique de Strümpell-Marie. Un autre cas de combinaison de ces deux maladies a déjà été publié par Finkh. Mais cela ne paraît pas suffisant à R. pour établir une relation causale entre les deux états pathologiques.

Dans une seconde observation, il s'agit d'une jeune fille de 19 ans qui remarque, depuis l'âge de 14 ans, une croissance marquée des mains et des pieds, et, depuis 2 ans, une gibbosité limitant les mouvements du rachis. On remarque, en outre, que les doigts ont tendance à prendre la forme de baguettes de tambour et qu'il y a hyper-extensibilité des articulations ainsi que des exostoses des deux calcanéums. Il s'agit là d'une ostéoarthropathie hyperthrophiante pneumique associée à de l'acromégalie, sans affection pulmonaire.

Ces faits montrent, pour R., que la théorie d'Oppel, d'après laquelle la polyarthrite ankylosante serait due à une hyperfonction des parathyroïdes, ne peut être soutenue, d'autant moins que chez une autre malade, atteinte d'hypoparathyroïdisme avec polyarthrite ankylosante et spondylite cervicale, l'administration de calcium et de parathyroïde a entraîné une amélioration notable.

Dans un quatrième cas, il y avait spondylite ankylosante en même temps que calcémie exagérée avec excitabilité galvanique augmentée, état qui s'améliora sans que le calcium du sang augmentât.

En résumé, R. ne pense pas que, dans des cas de ce genre, on puisse réellement parler d'arthrite endocrinienne, parce que les résultats que donne la thérapeutique endocrinienne ne sont pas suffisamment caractérisés et parce que l'apparition des symptômes ne coïncide pas avec des modifications nettes dans le système endocrinien. P.-E. Morhardt.

VERHANDLUNGEN DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FUR KREISLAUFFORSCHUNG

H. Eppinger. *Le problème de la défaillance circulatoire* (*Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung*, 1re session, Cologne, Mars 1928). — Pourquoi un malade atteint d'une lésion valvulaire peut-il vivre pendant des années sans être incommodé et même en travaillant, et pourquoi tombe-t-il, subitement ou progressivement, dans l'état de décompensation ? Devant ce problème, on a eu jusqu'ici trop en vue le cœur lui-même et on a trop négligé le facteur périphérique. C'est ce facteur que E. met en relief dans son intéressant rapport.

Le but essentiel de la circulation est la nutrition de tout l'ensemble des cellules ; cœur et vaisseaux ne tiennent au fond que le second rang tandis que les capillaires et le métabolisme jouent le rôle principal. Dans la circulation, il faut donc considérer la fonction hémodynamique et la dynamique du protoplasma qui sont d'ailleurs intimement intriquées.

E. attire d'abord l'attention sur un dispositif


Médication Opothérapique
EXTRAITS TOTAUX
CHOAY
Obtenus par dessiccation rapide, dans le vide, vers 0°,
d'organes soigneusement récoltés, auxquels ils sont équivalents..
SYNCRINES CHOAY
Résultant de l'association d'Extraits totaux,
en formules qui répondent aux principaux syndromes
COMPRIMÉS · CACHETS · PILULES · AMPOULES
CHOAY
Échantillons sur demande au LABORATOIRE CHOAY
48, Rue Théophile Gautier, PARIS - 16e - Tél. Auteuil 44-09

circulatoire important. Par voie réflexe, l'élévation de la pression veineuse détermine de la tachycardie qui met le cœur à l'abri d'une dilatation exagérée et garantit en même temps un débit cardiaque par minute suffisant.

Le travail musculaire est le facteur qui soumet aux plus rudes exigences tant l'activité cardiaque que la périphérie. Les muscles qui travaillent demandent plus d'aliments et fournissent plus de déchets, en même temps que leur consommation d'oxygène augmente beaucoup, et l'on devrait s'attendre à trouver un parallélisme absolu entre les besoins en oxygène et le débit cardiaque par minute. Mais il y a des dispositifs destinés à éviter ce surmenage énorme pour le cœur et qui constituent une des tâches les plus essentielles de la périphérie.

Pendant le travail musculaire le sang veineux se montre plus pauvre en oxygène. Cette meilleure utilisation du sang, qui n'a rien à voir d'ordinaire avec la stase, mais qui par elle-même a pour conséquence un apport moindre de sang au cœur proportionnel à la plus grande consommation d'oxygène, est une fonction physiologique qui est un facteur de sécurité pour le cœur, le danger de distension cardiaque étant d'autant moindre que l'utilisation se fait mieux à la périphérie pendant le travail.

E. insiste sur l'importance de la détermination du débit cardiaque par minute, sa grandeur étant l'échelle de mesure de la périphérie et du cœur luimême. Plus grand est le débit par minute, et plus le sang passe vite et antiéconomiquement du côté artériel au côté veineux; inversement, plus le débit est petit, et plus le sang séjourne dans le territoire capillaire où il s'appauvrit d'autant plus en oxygène.

Chez le sujet normal il existe déjà des différences dans la grandeur du débit cardiaque et il faut s'attendre à un mode de fonctionnement individuel de la périphérie. Dans les conditions pathologiques la périphérie peut agir de façon défavorable sur le cœur. Si la quantité de sang apportée au cœur gauche est telle qu'il ne peut la mettre en œuvre, il se produit de la dilatation; pendant quelque temps l'augmentation de pression dans l'oreillette gauche peut bien encore être compensée par de la tachycardie, mais peu à peu la surcharge se fait sentir dans les veines pulmonaires, d'où stase et bientôt accès d'asthme cardiaque où l'on constate précisément l'accroissement du débit par minute, particulièrement en position couchée, traduisant l'utilisation défectueuse de la part de la périphérie. Thérapeutiquement, on pourra recourir alors à la pituitrine, à la morphine, à la saignée, à la ligature des membres, tous moyens qui augmentent l'utilisation du sang à la périphérie.

Un des indices les plus frappants qu'il existe des troubles à la périphérie chez les sujets dont l'appareil circulatoire est lésé, c'est la sensation pénible qu'ils éprouvent rapidement du côté des membres dès qu'ils effectuent le moindre travail. Déjà au repos ces malades à circulation décompensée consomment plus d'oxygène que les sujets sains. Pour accomplir un travail donné, ils ont besoin de plus d'énergie que les individus normaux. Leurs muscles travaillent antiéconomiquement. Après un travail durant quelques minutes, la consommation d'oxygène à l'état de repos ne revient au taux initial qu'au bout d'un temps bien plus long que chez les sujets sains. Parfois même le maximum de la consommation d'oxygène par minute se produit pendant le temps consécutif à la cessation du travail. Cet excès de consommation d'oxygène qui se manifeste après l'accomplissement du travail, ou « resynthèse », ou « debt » des auteurs américains, peut être considéré comme la mesure du rétablissement des muscles. Chez un sujet normal il est de 15 à 27 pour 100; chez le décompensé, il peut atteindre 85 pour 100. La teneur du sang en acide lactique chez le sujet normal ne s'élève pas pendant un travail modéré; chez les décompensés, après un travail équivalent, elle augmente notablement. Il existe chez eux en effet un trouble profond du métabolisme musculaire, la « resynthèse », qui transforme de nouveau en glycogène l'acide lactique produit pendant la contraction aux dépens du glycogène, est bien moindre que chez le sujet normal. Alors que chez ce dernier les 4/5e de l'acide lactique se transforment en glycogène, le cinquième restant étant converti en eau et en CO^2, chez les décompensés le coefficient de resynthèse peut tomber à 1/3. La quantité d'acide lactique qui n'a pas été retransformée est en partie oxydée, ce qui détermine l'augmentation de la consommation d'oxygène qu'on constate après l'accomplissement du travail (« debt »), tandis que l'acide lactique qui n'a pas été oxydé est fixé par les substances-tampons (carbonates et phosphates) du sang et des tissus. Comme on constate néanmoins de l'acidose dans le sang, il est évident que ces moyens de protection de l'organisme se montrent insuffisants au cours de la défaillance circulatoire.

Il se développe ainsi une acidose générale de l'organisme qui favorise la production des œdèmes, de la dyspnée et de la fatigue musculaire. L'acide carbonique libéré lors de l'action exercée par les tampons sur l'acide lactique a pour effet de rendre d'abord plus mauvaise l'utilisation de l'oxygène dans le réseau capillaire et d'accroître ainsi proportionnellement le débit cardiaque par minute; ultérieurement, avec l'épuisement des carbonates-tampons, le processus inverse entre en jeu.

E. envisage ensuite l'influence du système nerveux et des hormones sur l'utilisation et sur le débit cardiaque par minute; elle semble peu importante et c'est l'acide carbonique qui est la véritable hormone de la circulation et gouverne ainsi le débit cardiaque. P.-L. Marie.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Berlin)

W. Borchardt. ***La genèse probable de l'éosinophilie dans l'infection ascaridienne et dans les autres affections vermineuses : 1) l'action des aldéhydes aliphatiques*** (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, n° 13, 26 Mars 1929). — Flury a montré que, dans les excrétions et dans l'organisme des ascaris, on trouve des aldéhydes volatils d'acide gras auxquels seraient dus les phénomènes toxiques provoqués par ces parasites. B. a repris ces recherches et injecté à des chats des extraits totaux ou désalbuminés d'ascaris. Il a constaté ainsi l'apparition très rapide d'une éosinophilie marquée qui n'apparaît pas quand l'extrait a été chauffé assez longtemps pour éliminer les substances volatiles.

Les aldéhydes propyliques ou crotoniques déterminent, à doses fortes, une douleur vive, du larmoiement et de la sialorrhée avec leucocytose neutrophile; à petites doses, par contre, ces aldéhydes déterminent une éosinophilie qui peut durer trois jours. Avec l'acétaldéhyde, il n'a pas été possible de produire de l'éosinophilie.

Cette réaction, qui peut être produite par un corps chimique simple, doit être attribuée à un effet sur le parasympathique ou peut-être à une action sur la moelle osseuse ou sur les dépôts d'éosinophiles existant dans le système circulatoire.

P.-E. Morhardt.

D. Danielopolu. ***Sur le mécanisme par lequel s'arrête l'accès d'angine de poitrine*** (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, n° 13, 26 Mars 1929). — Ce travail est fondé sur l'observation d'accès d'angine de poitrine, survenant chez un homme à l'occasion d'un effort, parfois même au repos, par exemple, pendant qu'on prend la pression et durant quelques minutes. Pendant ces accès, la pression passe de 220/140 à 260/160. Chez ce malade, il a été possible à D., en appuyant sur le sinus carotidien, au cours de l'accès, de faire cesser instantanément la douleur et de ralentir le pouls.

D'après D., ces accès angineux sont déclenchés par le réflexe presseur dont le point de départ est la zone cardiaque et aortique. Comme le réflexe carotidien est, pour cet auteur, amphotrope, il peut, dans certaines circonstances, contribuer, par le fait de la « loi de dominance », à renforcer le réflexe presseur partant du cœur. Cependant, l'opposition qui existe entre cette conception et le fait que dans l'observation on ait pu arrêter l'accès angineux par pression sur le sinus carotidien n'est qu'apparente. Suivant le degré et la durée de l'excitation, ce dernier réflexe peut dominer soit du côté presseur, soit du côté dépresseur de l'arc réflexe.

Dans l'angine de poitrine il y a déséquilibre entre le travail que le cœur fournit et la manière dont il est irrigué. Une insuffisance d'alimentation du myocarde déclenche alors le réflexe presseur, c'est-à-dire un véritable cercle vicieux. En appuyant sur le sinus carotidien, on diminue le travail du cœur et on rétablit l'équilibre. Les coronaires doivent alors se dilater comme les vaisseaux splanchniques.

Des recherches antérieures de D. ont d'ailleurs montré que l'excitation du sinus carotidien augmente le potassium, la choline et aussi, dans une certaine mesure, le calcium du sang à un taux qui entraîne un effet parasympathique.

La raison pour laquelle certains accès angineux se terminent par l'arrêt du cœur et d'autres, au contraire, par un retour à l'état normal est également examinée par D. pour qui tous les réflexes de l'appareil circulatoire sont amphotropes. Tout organe est ainsi soumis par la voie chimique ou par la voie nerveuse à des forces antagonistes et toute substance végétative (potassium, choline, calcium) possède également des propriétés amphotropes permettant d'agir à la fois sur le sympathique et sur le parasympathique. La dominance de l'un ou de l'autre de ces deux systèmes antagonistes dépend de la durée et de l'intensité du facteur qui déclenche le réflexe. En modifiant l'intensité d'une même méthode d'excitation, on peut quelquefois brusquement inverser le réflexe. Dans l'accès angineux, le potassium et la choline du sang sont augmentés. Pour un certain taux de concentration, ces substances atteignent cependant un effet parasympathique qui rétablit l'équilibre.

La question de savoir si cette compression du sinus carotidien possède un effet thérapeutique marqué doit encore être étudiée. Cependant D. fait remarquer que, dans la tachycardie paroxysmique, la compression au niveau du cou est utilisée par beaucoup d'auteurs. La même méthode a été étudiée par D. dans l'épilepsie et dans l'asthme. En effet, cet auteur a mis en évidence l'existence d'un réflexe carotico-respiratoire ou carotico-bronchique par lequel la compression du sinus carotidien détermine une modification dans l'état de contraction des bronches.

P.-E. Morhardt.

Willy Crecelius. ***Symptômes péritonéaux et formules sanguines dans le coma diabétique*** (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, n° 19, 7 Mai 1929). — Comme le fait remarquer C, une série d'auteurs ont observé, au cours du coma diabétique, des symptômes rappelant plus ou moins la péritonite ou la pancréatite aiguë, chez des malades qui, quelquefois, furent opérés sans qu'on réussisse à rien découvrir d'anormal.

C. a d'ailleurs eu l'occasion d'observer le nombre relativement élevé de 4 pseudo-péritonites de ce genre qui présentent des difficultés de diagnostic considérables. Dans ces cas la paroi abdominale était tendue, il y avait de la douleur à la pression de l'abdomen, des vomissements, des douleurs gastriques et un peu de fièvre, qui faisaient songer à une véritable péritonite. On fut mis chaque fois sur la voie du diagnostic par la respiration profonde et l'odeur d'acétone ainsi que par la présence d'une glycémie élevée et d'une leucocytose qui a atteint jusqu'à 37.700.

Dans un 5e cas cependant il s'agit d'un diabétique en traitement qui, sans raison apparente, présenta brusquement des douleurs analogues à des coliques avec tension de la paroi abdominale et leucocytose, mais aucun signe de coma ou de précoma. Pensant que, cette fois encore, il s'agissait d'une pseudo-péritonite on tarda quelque peu à faire pratiquer l'opération. Mais une augmentation de la tension des parois abdominales, de la douleur à la pression et de la leucocytose amena à pratiquer l'opération qui permit de constater l'existence d'un appendice perforé.

C. fait remarquer à ce sujet que, dans les pseudo-péritonites, le traitement par l'insuline fait disparaître très rapidement les douleurs et la leucocytose tandis que, dans ce 5e cas, les symptômes sont allés au contraire en s'aggravant. De même, dans ces pseudo-péritonites, la température ne semble pas s'élever au-dessus de 37°7 à 38°. Au delà, on doit soupçonner des causes inflammatoires.

Dans ces pseudo-péritonites la formule sanguine témoigne d'un léger déplacement vers la gauche allant jusqu'aux promyélocytes. Il y aurait, d'ailleurs, entre ce déplacement vers la gauche et l'acidose, un parallélisme qui n'est cependant pas absolu car, dans certains cas d'acidose sévère, le déplacement est faible. On doit remarquer en outre que les éosinophiles disparaissent comme dans les états fébriles. Il y a également parallélisme entre le déplacement vers la gauche et l'importance de la leucocytose.

P.-E. Morhardt.

A. Buschke et Wolfgang Casper. ***L'étiologie traumatique et la certification des lipomatoses symétriques*** (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, n° 19, 7 Mai 1929). — Un certain nombre d'auteurs contestent absolument que la lipomatose symétrique multiple puisse avoir un traumatisme comme étiologie. On a cependant publié des cas où cette étiologie paraît intervenir. Dans 1 cas de Buchterkirch et Bumke il s'agit d'un homme de 56 ans tombé de 4 m. 1/2 de hauteur et qui, ultérieurement, présenta des tumeurs lipomateuses symétriques du dos et de la paroi abdominale en même temps que la sensibilité et la motilité du corps diminuaient. Dans le cas de B. et C. il s'agit d'un homme de 43 ans qui, en 1916, fut enseveli sous un éboulement et intoxiqué par les gaz; 6 jours après il présentait, sous la peau des deux bras et des deux cuisses, de nombreuses petites tumeurs de la grosseur d'une pièce de 2 marks. En 1925 ce malade se présente avec un aspect apparemment athlétique; cependant, en palpant la peau, on constate que le contour des muscles est modifié par l'existence de tumeurs atteignant parfois la grosseur du poing, et non douloureuses à la pression. On en trouve surtout dans la région des deltoïdes, davantage à gauche qu'à droite et dans la région des pectoraux; on en retrouve encore dans la région sacrée; mais là ces tumeurs sont plus confluentes, de même qu'au niveau des cuisses et des mollets. L'examen histologique d'une de ces tumeurs a montré qu'il s'agissait d'un lipome typique.

L'excitabilité électrique est normale qualitativement; mais quantitativement on remarque qu'une contraction est très facilement déterminée. La force brute est diminuée dans les deux jambes, de même que dans les mains. En conséquence, le certificat a mentionné une réduction de 50 pour 100 dans la capacité de travail.

Comme le font remarquer B. et C., la loi ne demande pas quelle est la cause de la maladie mais seulement si l'accident a pu aggraver un état pathologique antérieur. Or, il semble à ces auteurs que cette observation montre que des tumeurs lipomateuses peuvent jouer un rôle en matière d'assurance sur les accidents, d'autant plus qu'on ne doit pas léser les droits de l'assuré par suite d'une lacune dans les connaissances médicales.

P.-E. Morhardt.

G. Stuempke et Gg. Soika. ***Recherches biochimiques dans les maladies de la peau*** (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, n° 20, 14 Mai 1929). — Après avoir rappelé les causes d'erreurs qu'on rencontre dans la détermination du métabolisme basal et qu'un simple grattage dans les dermatoses prurigineuses ou qu'une température subfébrile suffit à troubler les résultats, S. et S. constatent qu'on ne peut guère se contenter d'une seule détermination. Ils exposent ensuite les observations les plus importantes faites relativement au métabolisme basal dans les diverses maladies endocriniennes et rappellent les principaux travaux faits par les dermatologistes sur ce sujet, notamment par Buschke, Pulay, Urbach, Molker, Falchi, etc...

Les recherches de S. et S. ont porté sur 100 cas qui ont donné lieu à 160 déterminations. Ils ont considéré comme normales des valeurs qui ne dépassaient pas +10 dans un sens et —5 dans l'autre. Au point de vue de l'effet spécifique dynamique, ils ont admis que +15 pour 100 rentre encore dans la normale.

Dans la dermatite herpétiforme et dans l'œdème de Quincke, l'effet spécifique dynamique a été normal. Il a été faible dans un cas d'alopécie diffuse d'origine endocrinienne. Dans l'acné vulgaire, rien d'anormal n'a été constaté.

Sur 26 cas d'eczéma, il y en a eu 7 de normaux. Parmi les 19 autres, il y en a eu 16 dont le métabolisme était augmenté et 11 chez qui l'effet spécifique dynamique était diminué. Il est possible que quelques-unes de ces modifications soient dues à une irrigation plus intense ou à une minceur particulière de la peau. Dans 2 cas sur 4 de dermatite, le métabolisme a été très élevé.

Sur 18 cas de psoriasis, il y en a eu 11 de normaux. Parmi les 7 restants, il y en a eu 5 avec un métabolisme élevé et 4 avec un effet spécifique dynamique abaissé.

S. et S. ont également fait quelques recherches sur l'interférométrie du sang et ont obtenu des résultats très différents sur un seul et même sérum, ce qui les amène à déconseiller ce procédé.

P.-E. Morhardt.

L. Farmer Loeb. ***Sur la nature chimique des allergènes : 3) le pollen de l' « Alopecurus »*** (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, n° 20, 14 Mai 1929). — Si on ajoute de l'alcool concentré à un extrait aqueux du pollen d'*Alopecurus* donnant une réaction positive chez des malades atteints de rhume des foins, il se produit un précipité à l'égard duquel le malade réagit positivement. Par contre, le filtrat ne provoque aucune réaction. Si on soumet l'extrait total et le précipité à la digestion tryptique, on ne parvient à déterminer aucune réaction cutanée. De ces expériences, L. tire la conclusion que le principe actif de l'extrait pollinique est une protéine ou lié à une protéine ou encore actif seulement quand il est associé à une protéine.

P.-E. Morhardt.

Franz Kisch. ***Etude sur l'hypotonie : 5) l'hypotonie dans différents états morbides et le syndrome hépatique*** (*Klinische Wochenschrift*, t. VIII, n° 20, 14 Mai 1929). — Les recherches de K. ont porté sur 28.600 cas sur lesquels il a trouvé 1967 (6,88 pour 100) hypotoniques, c'est-à-dire des malades qui, couchés, avaient une pression systolique égale à 100 mm. de Hg au moins.

Chez les individus sains, les recherches de Barrach ont montré que la proportion des hypotoniques atteint 3,5 pour 100. En général, selon K., on rattache l'hypotonie à un état constitutionnel qui s'accompagne de céphalée, de vertiges, de palpitations, de troubles dyspeptiques et qui n'a de relations ni avec la neurasthénie, ni la psychasthénie. On la rattache encore à de l'hypo-adrénalinémie, à des infections de nature endogène, à de la ptose des viscères avec accumulation de sang dans l'aire splanchique. Chez ces malades, on observe souvent une hypertrophie de l'appareil lymphatique. Les effets de l'histamine sont également invoqués pour expliquer ces états.

K. range ses malades en trois groupes : d'abord ceux qui présentaient des troubles cardiaques ou circulatoires avec des lésions des valvules, du myocarde, de l'emphysème pulmonaire, de la ptose viscérale, etc.

Dans un second groupe, il range les malades qui présentent une destruction anormale des tissus, ce qui permet de rapporter leur hypotonie à une libération anormale d'histamine. Ces malades, en effet, avaient de la tuberculose pulmonaire, une tumeur maligne, un ulcère gastro-duodénal, de l'anémie pernicieuse ou de la leucémie, etc. Dans quelques cas, il y avait également de l'herpès zoster et de l'urticaire. Les affections du foie et des voies biliaires forment également une part importante de cette catégorie, probablement parce que, dans ces cas-là, l'histamine d'origine hépatique joue un rôle.

Dans le troisième groupe, il s'agit de malades dont la pression est basse d'une façon continue et qui présentent un habitus asthénique avec gonflement des glandes, lymphocytose, hypoglycémie, phénomènes de nature constitutionnelle qui font songer à une hypoplasie du système chromaffine. Quelques-uns de ces cas ont été familiaux : chez le père et le fils ou chez deux jumeaux. Le pronostic, chez des malades dont le système circulatoire est particulièrement ménagé, est bon. Fischer aurait trouvé chez eux une mortalité de 66 pour 100 inférieure à la normale.

P.-E. Morhardt.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

Graustrôm. ***Dilatation de la veine cave supérieure et du tronc brachio-céphalique avec œdème médiastinal dans l'insuffisance cardiaque*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLII, n° 9, 28 Février 1929). — G. a noté une matité relative du manubrium sternal au cours de l'insuffisance cardiaque, matité disparaissant lorsque cesse la décompensation. G. a observé ce symptôme chez 8 artério-scléreux ou myocardiques, chez 10 malades porteurs d'une lésion mitrale, chez 3 mitro-aortiques et chez 2 aortiques. Ce signe n'a manqué que chez 2 emphysémateux. Il doit être recherché à la percussion faible et constitue une submatité plutôt qu'une matité franche. L'aire de matité est d'autant plus étendue que l'insuffisance est plus marquée ; elle affecte une forme triangulaire à sommet supérieur et s'accroît nettement lorsqu'on pratique chez le malade la manœuvre du reflux hépato-jugulaire.

De ces observations cliniques et d'autopsies qu'il a pu pratiquer, G. conclut que ce symptôme est lié à la dilatation des gros vaisseaux de la base et à l'œdème du médiastin.

Les vérifications radiologiques ne semblent pas avoir confirmé les conclusions de G.

G. Basch.

Christof. ***L'agranulocytose chez le nourrisson*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLII, n° 11, 14 Mars 1929). — C. relate l'observation d'un enfant de 3 mois, né à terme, normalement développé, sans antécédents héréditaires d'aucune sorte, et ayant présenté successivement une pyodermite généralisée, puis une gastro-entérite assez grave.

Huit jours après la guérison de sa gastro-entérite, on nota l'apparition de vésico-pustules varicelliformes, s'accompagnant de fluxion des ganglions cervicaux et axillaires. L'examen du sang montra une leucopénie accentuée avec disparition complète des éléments granuleux. Sur 100 mononucléaires on note 76 lymphocytes et 22 monocytes. Parmi ces derniers se montrent quelques formes jeunes avec, à l'intérieur de leur noyau, un fin réseau de chromatine. Les globules rouges sont normaux. Les plaquettes sont en nombre habituel. Au bout de quelques jours les ganglions axillaires augmentent de volume, mais l'examen du sang montre la réapparition des éléments granuleux avec quelques métamyélocytes. Les ganglions cervicaux et axillaires deviennent fluctuants, suppurent, cependant que s'améliore l'état général et la formule sanguine.

C. suppose qu'à la suite d'une infection pyococcique banale s'est produite une véritable sidération de la moelle osseuse, d'où agranulocytose transitoire et curable.

G. Basch.

Flaum. ***Des dangers de la transfusion*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLII, n° 17, 25 Avril 1929). — Dans cette courte note, F. relate l'observation d'une malade de 21 ans qui, ayant subi une transfusion motivée par les suites d'une opération chirurgicale, présenta peu après de grands accès fébriles avec frissons, chaleur et sueur. On retrouva dans son sang le parasite de la tierce et le donneur, examiné à ce moment, se révéla être un ancien paludéen avec grosse rate et parasites dans le sang.

Ce qui rend le cas digne d'être relaté, c'est que ce

sujet était un *donneur professionnel*, ayant de cette façon inoculé le paludisme à 4 personnes en l'espace de 2 mois. Il y a donc gros intérêt à examiner soigneusement le donneur avant toute transfusion.

G. Basch.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

Borak. *La radiothérapie de la maladie de Raynaud* (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. LXXIX, n° 17, 20 Avril 1929). — Parmi les maladies des extrémités (acroparesthésies, claudication intermittente, artérite diabétique, maladie de Raynaud) justiciables de la radiothérapie médullaire, seule cette dernière affection semble en bénéficier réellement. De nombreux auteurs ont vérifié le fait, dont Schönhof, Kryser, Monier-Vinard, Delherm et Beau.

Lorsqu'il s'agit de lésions du membre supérieur l'irradiation doit porter sur la colonne cervicale inférieure et dorsale supérieure; dans le cas de lésions des orteils, on irradie la colonne lombaire moyenne et inférieure. On procède à 3 irradiations, séparées par des intervalles de 4 à 8 jours : la dose est de 4 H, le foyer à 30 cm. de la peau, avec interposition d'un filtre de zinc de 1/2 mm.

L'amélioration survient en général au bout de 8 à 15 jours et se traduit tout d'abord par une atténuation des phénomènes subjectifs. Les douleurs cèdent puis disparaissent bientôt les troubles trophiques préexistant, en même temps que s'atténue le gonflement des doigts ainsi que leur teinte violacée.

Après la 1re série d'irradiations, on institue une période de repos de 3 à 4 semaines, pendant lesquelles l'amélioration s'accentue : on note que les accès de syncope et d'asphyxie se raréfient de plus en plus. A la suite de cette phase de repos, on fait une 2e série, et, dans les cas sévères, on a même avantage à en faire une 3e, afin de stabiliser les résultats obtenus et d'éviter les récidives, si fréquentes dans la maladie.

Ces résultats ont pu être contrôlés par l'examen capillaroscopique qui témoigne des effets remarquables de ce mode de traitement, comparable, dit B., à l'opération de Leriche.

Les sujets ainsi traités ont supporté sans souffrir l'hiver rigoureux de 1929 et peuvent mettre leurs mains dans l'eau froide sans en être incommodés.

Il est possible que cette thérapeutique agisse sur les centres sympathiques de la moelle et ceci semble corroborer la théorie qui suppose à la maladie de Raynaud une origine médullaire. G. Basch.

Norberd Dohan. *Le traitement radiothérapique de la langue pileuse* (*Wiener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIX, n° 17, 20 Avril 1929). — Sous le nom de « langue pileuse » (langue noire, langue villeuse) on décrit une affection rare se caractérisant par l'apparition, à la moitié postérieure de la langue, d'une coloration brun noir ou verdâtre. Anatomiquement, il s'agit d'une hypertrophie des papilles filiformes, avec kératinisation de l'épithélium dont les cellules se pigmentent. La longueur de ces villosités peut atteindre 2 à 6 mm. Les phénomènes subjectifs sont peu marqués; néanmoins le malade se plaint parfois de sécheresse de la bouche ou de mauvais goût.

Au traitement habituel, cautérisation avec différents acides ou décapants et excision des papilles aux ciseaux, D. a substitué la radiothérapie, à la dose moitié moindre que celle employée pour l'épilation. Le succès de la méthode est complet.

G. Basch.

Läwen. *Traitement chirurgical de l'éléphantiasis de la gencive* (*Wiener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIX, n° 19, 4 Mai 1929). — Sous ce nom on décrit une fibromatose de la gencive avec participation du périoste alvéolaire. L. relate l'observation d'un garçon de 16 ans, présentant dès la naissance une hypertrophie énorme du rebord gingival, en coïncidence avec des dystrophies des doigts et des orteils. L'éruption dentaire ne se fit qu'à 2 ans; l'enfant, d'ailleurs, né à 7 mois, est également un arriéré intellectuel.

Cette malformation gingivale déforme entièrement la bouche dont les lèvres se joignent difficilement. A l'examen on note un bourrelet gingival indolore et non enflammé, si volumineux que les dents y sont presque totalement enfouies. La radiographie montre que l'éruption dentaire est anormale et retardée.

La résection du bourrelet gingival fut suivie d'une guérison complète, avec amélioration esthétique remarquable.

L'éléphantiasis de la gencive a été décrit en 1859 par Salter et considéré par lui comme une affection congénitale et héréditaire. Weski a décrit la même maladie à travers 5 générations. Quant à la cause de l'affection, elle n'est pas élucidée : cette dystrophie, liée certainement à l'éruption dentaire, est rarement isolée, mais s'accompagne fréquemment d'anomalies d'autres organes et de retard intellectuel. Peut-être est-elle en rapport dans certains cas avec une insuffisance thyroïdienne.

Parmi les différentes méthodes thérapeutiques — thermocautérisation, massage, injections de fibrolysine — seule la résection chirurgicale donne les meilleurs résultats. G. Basch.

THE LANCET
(Londres)

Shirley Smith. *La douleur cardiaque dans l'asystolie* (*The Lancet*, tome CCXVI, n° 5517, 25 Mai 1929). — S. a étudié le facteur douleur dans l'insuffisance cardiaque, légère ou confirmée; ses observations portent sur un total de 105 malades.

Sur ces 105 malades, 18 seulement n'ont présenté aucune douleur durable ou temporaire.

La douleur des asystoliques peut être due à des complications variées : œdème pulmonaire, pleurésie, œdème des jambes, embolie.

La véritable douleur cardiaque se présente sous deux types distincts : la douleur sternale des insuffisances légères; la douleur précordiale de l'asystolie confirmée.

La douleur sternale, provoquée surtout par l'effort, semble être une très légère forme d'angine de poitrine.

La douleur précordiale des asystoliques est très variable d'intensité et de siège suivant la distension du cœur, l'arythmie, la tension intracardiaque.

Les facteurs d'amélioration de la douleur sont avant tout le repos et la thérapeutique, accessoirement les hémoptysies et l'installation d'une asystolie irréductible. R. Rivoire.

THÉRAPEVTITCHESKY ARKHIV
(Moscou)

Prof. M. V. Tchernoroutzkij et E. L. Glinka-Tchernoroutzkaja. *Les variations du taux de la cholestérinémie d'origine constitutionnelle* (*Therapevtitcheski Arkhiv*, tome VII, fasc. 1, 1929). — La constitution exerce-t-elle son influence sur le taux de la cholestérinémie? Pour répondre à la question posée, les deux auteurs ont soumis à l'examen hématologique 112 malades. Sur le nombre total, un peu moins d'un tiers (34) venaient du service de chirurgie et pouvaient, au point de vue médical, être considérés comme indemnes de toute tare. Chez le reste des malades, on s'est trouvé en face d'une affection interne, mais peu prononcée.

Comme conclusion générale, il est à noter que les taux de la cholestérinémie diffèrent nettement suivant le type constitutionnel. Ainsi, chez les individus du type hypersthénique, la cholestérinémie normale donne des chiffres relativement élevés correspondant, en moyenne, à la limite supérieure des chiffres normaux indiqués dans la littérature (1,2 à 1,8 pour 1000). Chez les individus du type moyen, normosthéniques, la cholestérinémie atteint un niveau moyen correspondant à la moyenne du chiffre normal. Enfin, chez les asthéniques, la cholestérinémie tombe parfois jusqu'à 1 pour 1000 : c'est à la limite inférieure du chiffre normal.

Les variations enregistrées ne dépendent ni de l'âge, ni de la maladie. Pour cette raison, les mêmes proportions caractéristiques se rencontrent, aussi bien chez les malades que chez les bien portants, indépendamment de l'âge. L'amplitude des oscillations de la cholestérinémie et ses valeurs moyennes, dans les limites de chaque type constitutionnel, peuvent être considérées comme une norme constitutionnelle.

La lipémie (la teneur du sang en graisses neutres) montre la même corrélation constitutionnelle que la cholestérinémie. En effet, le taux le plus élevé se rencontre chez les hypersthéniques et le moins élevé chez les normosthéniques et les asthéniques.

G. Ichok.

A. P. Oméliantz. *La diminution de l'hyperglycémie et de la glycosurie chez les diabétiques sous l'influence du travail physique* (*Therapevtitcheski Arkhiv*, tome VII, fasc. 1, 1929). — La thérapeutique par le travail élargit peu à peu son domaine, auquel O. veut rattacher également le diabète. Dans ce but, il entreprit une série d'expériences afin d'examiner l'influence de l'exercice physique sur la glycémie, d'abord chez les sujets normaux et ensuite chez les diabétiques. Ses expériences montrent qu'après 10 minutes d'un léger exercice, l'on constate une certaine accumulation du sucre dans le sang qui, l'effort terminé, commence à revenir à son taux normal. Chez les diabétiques, par contre, l'accentuation de la glycémie fait défaut pendant l'exercice, mais, dès le début du repos, la diminution se présente quand même. Voici donc un moyen d'abaisser l'hyperglycémie qui paraît à O. digne de retenir l'attention.

Dans certains cas de diabète, l'action de l'effort exerce sur la glycémie la même influence que chez les normaux. Peut-être se trouve-t-on ici en face d'un indice diagnostique important qu'il serait intéressant d'approfondir.

A côté du sang, les urines trahissent l'action du travail physique sur le sucre. Dix minutes, consacrées aux mouvements peu violents, suffisent pour permettre, une heure après, de déceler une diminution de la glycosurie. Ajoutons que le moment de l'examen, à savoir une heure après, n'est pas sans valeur pour le succès de ces recherches, aussi bien chez les hommes que chez les animaux qui, seulement une heure après la fin de l'effort musculaire, sont à soumettre aux investigations de laboratoire.

G. Ichok.

J. M. Gefter et R. J. Joudelovitch *Variations biochimiques dans l'organisme sous l'influence de la fatigue* (*Therapevtitcheski Arkhiv*, tome VII, fasc. 2, 1929). — Suivant le genre d'occupation, la fatigue provoque, dans l'organisme, des perturbations biochimiques que l'on ne connaît que très peu. Dans la même profession, les recherches aboutissent aux résultats divers en relation avec la spécialisation. Ainsi, par exemple, chez les chauffeurs d'automobile, les examens entrepris ne donnent pas lieu aux mêmes constatations parce que l'autobus et la voiture affectée aux poids lourds agissent différemment sur l'organisme de leur conducteur.

Chez les conducteurs d'autobus, la réserve alcaline du sang diminue, tandis que la teneur en acide phosphorique augmente sous l'influence du travail. Par contre, lorsqu'il est question du poids lourd, la réserve alcaline est à peine modifiée.

L'examen des urines indique également une différence caractéristique entre les deux groupes. Dans celui d'autobus, l'élimination de l'acide urique et de l'acide phosphorique augmente après l'effort fourni, tandis que le maniement du poids lourd n'entraîne presque pas d'oscillation de la teneur en acide urique, mais, par contre, occasionne une forte augmentation de l'acide phosphorique.

Les recherches de laboratoire ont été complétées par des observations des signes objectifs de fatigue. Ils n'étaient que relativement peu prononcés chez les conducteurs du véhicule poids lourd, en se distinguant encore des conducteurs d'autobus qui accusaient non seulement une fatigue marquée, mais

aussi et surtout des symptômes de la part du système nerveux central, sérieusement mis à une dure épreuve par l'effort fourni. G. Lehok.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES (New-York)

E. J. Borgeson et H. P. Wagener. *Modifications de l'œil dans la leucémie* (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXVII, nº 5, Mai 1929). — Parmi 138 malades atteints de leucémie, B. et W. ont trouvé des lésions de la rétine dans 70 pour 100 des cas aigus et 53 pour 100 des cas chroniques, dans 87 pour 100 des leucémies myéloïdes et dans 34 pour 100 des leucémies lymphoïdes. La congestion des veines associée à des hémorragies et à des exsudats du type profond nodulaire ou de type superficiel ouâté constitue l'image le plus fréquemment rencontrée; on la trouve dans toutes les formes de leucémie. L'hémorragie typique dans la leucémie aiguë est irrégulièrement arrondie avec un centre blanc nodulaire; lorsque cet aspect existe seul ou presque seul, le diagnostic de leucémie aiguë se trouve d'ordinaire justifié. Des hémorragies semblables se rencontrent associées à d'autres lésions rétiniennes dans la leucémie chronique.

B. et W. n'ont trouvé que dans les cas de leucémie myéloïde chronique de la rétinite leucémique présentant, à côté d'autres lésions, une infiltration leucocytaire marquée de la rétine et de la choroïde le long des veines de la rétine. Dans tous ces cas il existait un chiffre considérable de leucocytes et un taux élevé de formes jeunes dans le sang. Dans la leucémie aiguë les lésions rétiniennes étaient dues surtout à l'anémie. Dans la leucémie chronique myéloïde les facteurs principaux étaient l'anémie et le pourcentage élevé dans le sang de leucocytes non mûrs du type myéloblaste. Dans la leucémie chronique lymphoïde l'anémie concomitante représente le facteur essentiel des lésions rétiniennes; dans certains cas le taux élevé des lymphocytes jeunes semble intervenir.

Dans la leucémie myéloïde, l'hémorragie rétinienne est plus fréquente que les hémorragies cutanées, sous-cutanées ou des muqueuses; c'est l'inverse dans la leucémie lymphoïde. On peut rencontrer des lésions de la rétine dans la leucémie 3 semaines déjà après le début des symptômes tandis qu'on peut trouver un fond d'œil normal 10 ans après les premiers symptômes. Dans la leucémie chronique la survie moyenne se montra considérablement moindre dans les cas présentant des lésions rétiniennes que dans ceux où le fundus fut trouvé normal lors du premier examen.

Dans un cas de leucémie chronique myéloïde B. et W. ont pu observer à la suite d'application de radium sur la rate une atténuation marquée des lésions rétiniennes accompagnée d'une amélioration considérable de l'état général.

Les modifications extérieures de l'œil telles que l'infiltration des paupières et de l'orbite par de l'œdème ou des lymphomes, les hémorragies sous-conjonctivales ou palpébrales, ne se rencontrèrent que rarement. Il en fut de même pour les modifications de la pupille et les modifications du champ visuel directement liées à la leucémie. Une diminution accentuée de la vision ne fut notée que dans 8 cas. P.-L. Marie.

H. T. Mount. *Etude expérimentale des effets de l'excitation et de la section des filets du pneumogastrique destinés aux bronches; leur relation possible avec l'asthme* (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXVII, nº 5, Mai 1929). — Il existe des cas incontestables d'asthme réflexe d'origine nasale ou d'autre origine extra-pulmonaire (appendicite chronique, prolapsus anal, etc.). Expérimentalement chez la tortue la friction de la partie postérieure des narines détermine une contraction du poumon. Les cas étiquetés bronchite avec asthme peuvent englober des cas d'hypersensibilité à des protéines inconnues, mais aussi des cas d'origine réflexe extra-pulmonaire. La bronchite chronique peut agir comme une épine irritative, déterminant une contraction réflexe de la musculature bronchique.

Les expériences de M. viennent à l'appui de cette conception. Il a fait chez des chiens, des cobayes et un singe des recherches physiologiques et histologiques sur les symptômes et les modifications produites par divers modes d'excitation du pneumogastrique au cou. Il a vu chez le chien une contraction marquée et persistante des bronchioles succéder du côté excité à l'excitation électrique du bout périphérique du vague. Chez le cobaye l'excitation électrique du bout périphérique donne de l'emphysème du côté correspondant et un aspect du poumon rappelant celui du choc anaphylactique. La fixation immédiate de l'animal dans le formol permet de constater la dilatation du poumon du côté excité tandis qu'histologiquement on trouve des altérations de l'épithélium des bronchioles. Mêmes résultats chez les animaux décérébrés. L'excitation mécanique bilatérale des vagues produit une dyspnée immédiate avec gêne de l'inspiration, présence de râles sonores dans les bronches et sécrétion bronchique montrant quelques éosinophiles tandis qu'on retrouve ces éléments dans le parenchyme pulmonaire tout près des bronchioles.

D'autre part, chez des cobayes sensibilisés aux squames épidermiques du cheval, l'inhalation de cette substance par le nez détermine tout aussi bien un accès d'asthme anaphylactique lorsque l'on fait une trachéotomie préalable, suivie de ligature de la trachée, que lorsque l'animal peut faire pénétrer la substance nocive dans l'arbre bronchique.

Les chiens dont M. avait sectionné les filets bronchiques du vague demeurent en bonne santé.

M. suggère que dans les cas d'asthme réflexe rebelle à tous les traitements, la section des filets bronchiques du pneumogastrique avec médiastinotomie postérieure extra-pleurale pourrait être tentée. P.-L. Marie.

E. M. Greisheimer, O. H. Johnson et M. Ryan. *Rapports entre l'âge et la calcémie* (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXVII, nº 5, Mai 1929). — Chez 177 hommes âgés de 7 à 94 ans et relativement normaux G., J. et R. ont trouvé un taux moyen du calcium du sérum de 10 milligr. 74 pour 100 avec une erreur possible en plus ou en moins de 0 milligr. 04, et chez 131 femmes de 10 milligr. 85 pour 100 avec une erreur possible en plus ou en moins de 0 milligr. 04. La teneur du sérum en calcium est donc légèrement plus forte (0 milligr. 11) chez les femmes que chez les hommes d'âge correspondant; cette différence est insignifiante au point de vue statistique.

Le taux de calcium diminue de façon nette avec l'âge. Chez les hommes il tombe de 11 milligr. 6, moyenne obtenue à 12 ans, jusqu'à 10 milligr. à l'âge de 78 ans; chez les femmes, de 11 milligr. 8 à 12 ans jusqu'à 9 milligr. 7 à l'âge de 78 ans.

Cette diminution de la calcémie peut être calculée d'après les méthodes statistiques. Le coefficient de corrélation, *r*A Ca, où A exprime l'âge en années, Ca le calcium en milligrammes pour 100, est de $-0{,}504 \pm 0{,}033$ pour les hommes et de $-0{,}617 \pm 0{,}035$ pour les femmes. Il n'y a donc pas de différence notable au point de vue statistique dans la diminution croissante du calcium avec l'âge suivant le sexe. P.-L. Marie.

M. Strumia. *Effet généralisé des radiations dans la leucémie myéloïde* (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXVII, nº 5, Mai 1929). — D'après S., dans la leucémie, le radium et les rayons de Rœntgen agissent sur les centres hémopoïétiques grâce à une action indirecte et générale bien plus que grâce à une action directe et locale. Il se base sur les deux faits suivants. Chez une jeune femme atteinte de leucémie myéloïde récente et non traitée il pratique 2 transfusions avec le sang de la malade soumis à l'action des rayons X immédiatement après le prélèvement et avant d'être réinjecté. A la suite de chacune de ces auto-transfusions, il constate des modifications sanguines en tous points semblables à celles qui suivent l'irradiation des os longs ainsi qu'une diminution de volume de la rate. Chez un autre malade atteint de leucémie myéloïde avancée il fait pendant 2 jours de suite une application de radium sur le tiers inférieur des 2 tibias et les os courts des 2 pieds. Il constate ensuite une chute brusque du nombre des globules blancs et des modifications nettes de la formule leucocytaire. A l'autopsie, il trouve qu'il n'y avait pas de moelle osseuse en état d'activité dans les os irradiés et qu'il n'existait aucune différence entre la moelle des portions irradiées et la moelle de celles qui ne l'avaient pas été. On ne peut donc guère rapporter les modifications sanguines constatées à un effet direct du radium sur la moelle des os irradiés.

Il est encore difficile de savoir si cet effet indirect est produit par le transfert par le sang des émanations à la moelle osseuse ou par la production extra-médullaire de leucotoxines qui sont transportées jusqu'à la moelle osseuse.

En somme, ces faits montrent que dans le traitement de la leucémie myéloïde par le radium ou les rayons de Rœntgen la dose est plus importante que le siége de l'application. P.-L. Marie.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE (Chicago)

I. C. Walker. *Traitement préventif par les vaccins des rhumes et de l'asthme associé aux rhumes* (*Archives of internal Medicine*, t. XLIII, nº 4, Avril 1929). — Ayant obtenu souvent de bons résultats de l'emploi des vaccins préparés avec les streptocoques isolés des crachats chez les asthmatiques dépourvus d'hypersensibilité et s'étant aperçu au cours des essais du rôle que jouaient les variations périodiques annuelles de la flore streptococcique dans les résultats obtenus, W. a appliqué cette vaccinothérapie chez les individus sujets aux rhumes et chez les patients non hypersensibles ayant des crises d'asthme intermittentes ou de l'asthme associé aux rhumes.

97 sujets ont été traités par un vaccin streptococcique mixte obtenu en mélangeant des autovaccins préparés avec les types prédominants de streptocoques des crachats de l'année précédente et ceux de l'automne suivant. Avant le traitement 43 avaient chaque année 4 rhumes ou davantage, 54 avaient 4 crises d'asthme ou plus, toujours associées à des rhumes. Ils furent traités périodiquement à raison d'une injection par semaine, à doses croissantes. 39 malades furent traités ou suivis de près pendant 5 ans ou plus, 28 pendant 4 ans, 30 pendant 3 ans.

18 pour 100 furent complètement débarrassés du rhume et de l'asthme associé aux rhumes, 12 pour 100 pratiquement débarrassés, 19 pour 100 n'eurent qu'un ou deux rhumes pendant cette période de traitement ou d'observation et 10 pour 100 n'eurent pas de rhume pendant l'année consécutive à la cure vaccinothérapique. En somme, 59 pour 100 des sujets purent être débarrassés complètement ou presque des rhumes ou des rhumes avec asthme pour une période d'une année au plus à la suite de chaque cure vaccinale.

16 pour 100 des malades eurent besoin de plus d'une cure par an; après chaque cure ils étaient tranquilles pendant 8 à 11 mois. Chez 20 pour 100, la durée de l'amélioration après la cure se montra variable, tantôt supérieure à un an, tantôt moindre pour le même sujet. Chez 5 pour 100 des sujets il y eut un échec complet.

Chaque année le vaccin était composé avec les streptocoques représentant 85 à 90 pour 100 des types prédominants. Il est donc possible que d'autres variétés de streptocoques moins fréquemment rencontrés et représentant cependant 10 à 15 pour 100 des types trouvés aient pu être la cause des rhumes chez les patients qui ne furent pas complètement débarrassés. D'autre part, le staphylocoque doré est parfois en cause.

Les divers types de streptocoques prédominants variant chaque année, il est indiqué d'étudier de façon suivie l'expectoration et les sécrétions nasales des sujets enrhumés. Il est en particulier essentiel de le faire chaque automne afin d'arriver à connaître les variétés qui prédomineront pendant la période froide de l'année et à préparer ainsi un vaccin efficace grâce à l'heureuse combinaison des diverses variétés de streptocoques. La cure vaccinale doit être faite chaque automne. P.-L. Marie.

E. Rose et K. M. Houser. *L' « angine agranulocytaire » est-elle une entité clinique?* (*Archives of internal Medicine*, tome XLIII, n° 4, Avril 1929). — R. et H. relatent un cas de cette affection concernant une femme de 48 ans qui succomba en 7 jours à une angine nécrotique accompagnée de signes généraux très graves, d'une leucopénie extrême (500 globules blancs par mmc, sans aucun polynucléaire), d'une éruption généralisée de nodules érythémateux à centre suppuré et de la présence de pneumocoques du type III en abondance dans le sang. Ils donnent une description anatomopathologique détaillée des lésions trouvées. Les plus caractéristiques étaient la nécrose étendue des parois des petits vaisseaux avec hyalinisation de leur contenu, surtout marquée au niveau du tissu cellulaire sous-cutané; l'absence complète de leucocytes granuleux, même dans la moelle osseuse; la présence de petites zones disséminées de nécrose sans aucune réaction cellulaire; les foyers nécrotiques étendus rencontrés dans le pharynx, le larynx et la langue et les zones d'œdème inflammatoire, surtout au niveau des voies respiratoires supérieures et de la peau.

A propos de ce cas, R. et H. passent en revue ceux qui ont été déjà publiés et discutent la conception de l'agranulocytose considérée comme une entité morbide. Ils dressent contre elle une série d'objections : présence possible d'une leucopénie accentuée avec diminution plus ou moins considérable des neutrophiles dans des infections graves de types divers, en particulier septicémies foudroyantes et pneumonie franche; multiplicité et diversité des foyers nécrotiques qui plaident contre la spécificité de l'angine; possibilité d'angine nécrotique au cours de l'anémie aplastique, de l'anémie pernicieuse, de la leucémie aiguë, du purpura hémorragique, des septicémies à streptocoques et à staphylocoques, de l'intoxication arsenicale, etc., avec ou sans leucopénie; absence d'épidémicité; grande diversité d'âge chez les sujets frappés; multiplicité des microorganismes trouvés dans le sang et dans les lésions locales et absence fréquente de microbes pathogènes, donc absence d'un agent étiologique constant; impossibilité de reproduire expérimentalement la maladie. Aussi R. et H. rejettent-ils la spécificité morbide de l' « angine agranulocytaire ». Les faits connus indiquent bien plutôt que le tableau observé est le résultat d'une réaction non spécifique à une infection de virulence absolue ou relative peu habituelle et qu'une certaine variété d'agents pathogènes joue peut-être un rôle dans sa production.

L'emploi des expressions « agranulocytose » et « angine agranulocytaire » doit être rejeté car elles impliquent une idée de spécificité. Il serait préférable d'adopter un terme plus général tel que septicémie avec granulocytopénie ou infection agranulocytaire. P.-L. Marie.

THE JOURNAL of EXPERIMENTAL MEDICINE (Baltimore)

D. R. Drury *Extirpation chirurgicale totale du foie chez le lapin* (*The Journal of experimental Medicine*, tome XLIX, n° 5, Mai 1929). — D. décrit une technique d'hépatectomie totale chez le lapin qui ne détermine pas de gêne dans la circulation. En raison de la nécessité où l'on se trouve de lier la veine porte et d'exciser un segment de la veine cave qui adhère intimement au foie, il faut, pour pouvoir réaliser cette affection totale du foie, faire une opération préliminaire destinée à provoquer le développement des veines collatérales portes et caves, et qui consiste à lier partiellement les 2 troncs veineux. Ceux-ci doivent être abordés du côté gauche, sans blesser le foie, ni le péritoine du côté droit de l'abdomen, ce qui évite la production autrement fatale d'adhérences massives qui rendraient ultérieurement l'hépatectomie impossible. D. indique minutieusement l'emplacement des ligatures et le degré de striction à leur donner qu'on règle en glissant provisoirement dans la ligature un bâtonnet de verre d'un diamètre variable selon le poids de l'animal. La circulation collatérale se développe ensuite si rapidement qu'on peut déjà faire la ligature totale 5 jours après la 1re opération. Mais d'ordinaire, D. n'a pratiqué qu'au bout de 3 semaines l'hépatectomie.

Les lapins ainsi privés de foie meurent rapidement avec le syndrome bien connu de l'hypoglycémie, de la même façon que les chiens hépatectomisés de Mann. Mais si on leur administre du glycose en solution à 25 pour 100 par la bouche ou en solution à 5,4 pour 100 par voie veineuse, en quantité suffisante pour maintenir une glycémie de 0,12 pour 100, on obtient une survie pouvant atteindre 40 heures. Avant leur mort, les lapins présentent les mêmes troubles que les chiens. Après un premier stade où il n'existe pas de symptômes, survient une seconde période caractérisée d'abord par de l'ataxie et de la faiblesse musculaire rapidement croissante; la température s'abaisse; la respiration devient pénible, se ralentit ou présente le type de Cheyne-Stokes et la mort survient dans le coma, par arrêt de la respiration, le cœur continuant encore à battre quelque temps. P.-L. Marie.

D. R. Drury et Ph Mc Master. *Rapports entre le foie et le métabolisme des graisses. I. Effet de la suppression du foie sur la combustion des graisses et le quotient respiratoire* (*The Journal of experimental Medicine*, tome XLIX, n° 5, Mai 1929). — On admet généralement que le foie intervient dans le métabolisme des graisses de bien des façons. Mais on peut se demander si ces fonctions sont exercées uniquement par le foie et si elles sont vitales pour l'organisme ; bref, la combustion des graisses peut-elle s'effectuer en totalité en l'absence de cet organe?

D. et M. ont fait leurs recherches sur des lapins ayant subi une hépatectomie totale ou subtotale.

Tandis que le quotient respiratoire des lapins maintenus au jeûne depuis 2 à 3 jours et préalablement bien nourris était en moyenne de 0,75 avant l'opération, donc bas, ce qui indique une combustion prononcée des graisses, lorsque 90 pour 100 du foie furent enlevés, le quotient se maintint dans les 8 heures et les 24 heures suivantes aux environs de 0,73, donc pratiquement au même taux. La combustion des graisses n'est donc pas influencée en dépit de l'énorme insuffisance hépatique, parfois mortelle par elle-même.

Chez les lapins totalement privés de leur foie, les expériences nécessitèrent des précautions spéciales puisqu'on était forcé d'administrer du glycose aux animaux opérés avant de mesurer le quotient respiratoire. Dans ces conditions, on n'observa pas non plus de modification notable du quotient, même 24 heures après l'hépatectomie. La combustion des graisses continue donc à se faire activement chez l'animal privé de foie, et tout aussi bien que chez l'animal normal. Evidemment, cet organe ne joue pas un rôle essentiel dans le métabolisme des graisses. P.-L. Marie.

B. Ratner et H. L. Gruehl. *Transmission de l'anaphylaxie respiratoire (asthme) de la mère à ses petits* (*The Journal of experimental Medicine*, tome XLIX, n° 5, Mai 1929). — R. et G. ont montré antérieurement que l'on pouvait déterminer la sensibilisation de la muqueuse nasale, non seulement par la pulvérisation de solutions, mais encore par l'inhalation de poussières sèches (produits de desquamation du cheval). Les cobayes soumis dans un appareil spécial à une atmosphère chargée de ces substances se sensibilisent au bout d'une certaine période d'incubation et présentent des accidents d'anaphylaxie respiratoire, lorsqu'ils sont exposés à ces substances. D'autre part, R. et G. ont constaté qu'un cobaye femelle sensibilisé par injection parentérale avant la gestation ou pendant cette dernière transmettait son hypersensibilité *in utero* à ses petits, passivement ou activement, par suite de la perméabilité du placenta.

Les expériences rapportées ici établissent que les cobayes rendus sensibles au moyen de l'inhalation peuvent transmettre leur hypersensibilité *in utero* à leurs petits.

Les femelles étaient exposées aux produits de desquamation du cheval pulvérisés pendant un temps variable, avant la conception ou pendant la gestation. Après un intervalle de temps variable, elles étaient soumises à l'inhalation de la même substance et dans la grande majorité des cas présentaient des accidents anaphylactiques sous forme de crise d'asthme. Peu après la naissance, on faisait inhaler le produit à leurs petits et on notait leur réaction. Une heure plus tard, on injectait dans les veines des petits et de leurs mères de l'extrait de squames de cheval pour juger si les troubles respiratoires observés étaient bien de nature anaphylactique.

Un petit ainsi sensibilisé *in utero*, mis pour la 1re fois au contact de la poussière qui a servi à sensibiliser sa mère, présente des manifestations d'anaphylaxie respiratoire (asthme). Lorsqu'on lui injecte l'extrait en question, il meurt avec des phénomènes de choc anaphylactique aigu, de même que sa mère.

La transmission de l'hypersensibilité peut se faire passivement, par suite de la transmission des anticorps sensibilisants. Mais certains faits montrent que le fœtus peut aussi être sensibilisé activement, l'antigène lui-même passant de la circulation de la mère dans celle du fœtus et créant l'état d'hypersensibilité, la mère ne se montrant pas elle-même hypersensible au moment de la naissance.

Cet état d'hypersensibilité peut être transmis à des degrés variables d'intensité. Quand 2 petits ou plus sont nés de la même portée, ils peuvent se montrer sensibilisés soit au même degré, soit à des degrés différents. L'état d'hypersensibilité peut être transmis à plus d'une portée.

D'autre part, les animaux ne peuvent pas être tous rendus hypersensibles. P.-L. Marie.

T. M. Rivers et L. A. Eldrige. *Rapports entre la varicelle et le zona* (*The Journal of experimental Medicine*, tome XLIX, n° 6, Juin 1929). — R. et E., dans la première partie de ce mémoire, apportent des documents statistiques fournis par les grandes cliniques Vanderbilt et Bellevue et par l'hôpital Rockefeller, qui ne sont guère en faveur de l'identité des agents de la varicelle et du zona. La variation saisonnière qu'on observe constamment dans le nombre des cas de varicelle présente une dépression profonde en été et en automne. D'autre part, la fréquence, par rapport à l'âge, de ces deux maladies, est très différente : la varicelle atteint presque toujours des sujets de moins de 10 ans, tandis que le zona se montre le plus souvent au delà de cet âge. R. et E. ajoutent qu'à l'île Christmas (îles de la Sonde), inhabitée avant 1888, pourvue de statistiques bien tenues depuis cette date et comptant 1.500 habitants, la varicelle est inconnue, tandis que le zona offre sa fréquence habituelle.

Dans la seconde partie, R. et E. rapportent des expériences de neutralisation qui ne viennent guère non plus à l'appui de l'opinion de l'identité du virus. Le *Cercopithecus sabaeus* se montre réceptif à la varicelle, l'infection se traduisant par l'apparition d'inclusions acidophiles dans les noyaux des cellules du testicule inoculé, inclusions qui font défaut chez les singes qui ont reçu auparavant du sérum de convalescent. Les expériences montrèrent : 1° que le sérum des sujets ayant eu la varicelle 7 et 30 ans auparavant ne neutralisait pas le virus varicelleux, ce qui ne signifie pas toutefois que ces sujets sont réceptifs à la varicelle ni que leur sérum ne possède pas un certain pouvoir de neutralisation pour le virus varicelleux; 2° que 2 sur 3 des sérums de convalescents de zona ne neutralisaient pas le virus varicelleux, tandis que, dans les deux cas négatifs, le sérum de

convalescent de varicelle le neutralisait. R. et E. se déclarent incapables d'expliquer pourquoi le virus varicelleux a été neutralisé par un des sérums de convalescents de zona. Mais il serait très hasardé de conclure de là que le zona, dans ce cas, était causé par le virus varicelleux. Ces expériences permettent de conclure que le zona n'est pas toujours produit par l'agent de la varicelle, même dans les cas où l'observation clinique pourrait conduire à penser que les agents de ces deux maladies sont identiques ainsi qu'on aurait pu le faire précisément dans le fait observé par R. et E., où il s'agit d'une sœur ayant fait la varicelle 19 jours après le zona de son frère ; or, tandis que le sérum de la sœur neutralisait le virus varicelleux, celui du frère se montrait dépourvu de tout pouvoir neutralisant. P.-L. Marie.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

H. Blostier et W. Murphy (de Boston). ***Les effets du foie sur la glycémie*** (*Journal of the American medical Association*, t. XCII, n° 16, 20 Avril 1929). — B. et M. ont étudié les effets de l'ingestion de foie sur la glycémie dans 80 cas de diabète, 9 cas d'anémie pernicieuse et 2 sujets normaux. Ils rappellent à ce propos que l'opothérapie hépatique avait été préconisée depuis longtemps, par Gilbert et ses élèves notamment, dans le traitement du diabète sucré.

Voici les grandes lignes de l'expérience de B. et M. La glycémie était déterminée avant toute ingestion du glucose, et, d'autre part 3, 6 et 9 heures après ingestion d'un repas d'épreuve contenant 20 gr. d'hydrocarbones, 40 gr. de matières protéiques et 35 gr. de viande. Le jour suivant, on ajoutait au repas d'épreuve 180 gr. de foie de veau haché et cru et l'on déterminait à nouveau la glycémie. D'autre part, dans une autre série de recherches, B. et M. comparèrent l'action de l'insuline et du foie sur la glycémie.

Voici les conclusions de leurs expériences.

D'une façon générale, le foie en nature possède une action réductrice nette sur la glycémie provoquée. D'autre part, les extraits hépatiques qui agissent sur les anémies pernicieuses n'agissent guère sur le métabolisme du glucose, et inversement les extraits actifs sur la glycémie n'ont aucune action hémopoiétique. Il est difficile d'apprécier la quantité de foie capable de produire le même effet qu'une quantité donnée d'insuline. Approximativement, M. et D. admettent que 180 gr. de foie ont sur la glycémie de certains diabétiques une action égale à celle de 10 à 15 unités d'insuline.

Pierre-Noel Deschamps.

P. Hanzlick, A. Bloomfield, A. Stockton et D. Wood (de San Francisco). ***La diurèse provoquée par les sels solubles de bismuth*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCII, n° 17, 27 Avril 1929). — L'étude des propriétés diurétiques du tartro-bismuthate de sodium a été faite à l'aide d'une solution à 1,50 pour 100 de ce sel, dans du sérum glucosé hypertonique à 250 pour 1000. De cette solution, on injecta 2 cm., soit 0,03 centigr., par voie intra-musculaire, à 5 malades, dont 3 étaient en état d'anasarque et alités. L'action diurétique fut très nette, au bout de 2 jours, aussi bien chez les sujets atteints d'œdèmes que chez ceux qui en étaient exempts.

L'action diurétique du bismuth soluble ne s'accompagne d'aucune réaction locale ni générale, et il y a toute raison de penser que le produit en question est totalement inoffensif pour le rein. H. B. S. et W. le considèrent comme supérieur dans la pratique aux diurétiques habituellement utilisés, et notamment à la théobromine.

D'autre part, le bismuth soluble est bien supérieur comme diurétique au bismuth insoluble : en effet son élimination est rapide et comparable, et l'on ne doit pas redouter les accidents d'accumulation qu'il y a lieu de craindre avec ce dernier.

Pierre-Noel-Deschamps.

L. Morrison et T. Bogan (de Boston). ***La calcification des vaisseaux dans le diabète*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCII, n° 17, 27 Avril 1929). — La présente étude repose sur l'observation de 304 radiographies de jambes et de pieds de diabétiques, recueillies dans le service de Joslin. M. et B. ont divisé leurs malades en 3 catégories : calcification légère (visibilité peu étendue du vaisseau), moyenne (calcification complète sur un assez grande longueur) et accentuée (vaisseau calcifié en totalité).

Voici le résumé des constatations de M et B. :

Alors que l'on ne constate de calcification vasculaire que chez 36 pour 100 des sujets normaux de 40 à 50 ans, celle-ci s'observe dans 63 pour 100 des sujets de cet âge atteints de diabète.

De même, la calcification est nettement plus étendue chez les diabétiques que chez les sujets normaux. M. et B. ont étudié, d'autre part, la calcification chez les diabétiques par rapport à la réaction de Wassermann et aux affections dentaires ; ils n'ont pas découvert de relation fixe entre ces divers ordres de faits.

D'une façon globale, l'examen radiographique a permis de déceler des calcifications vasculaires chez 53 pour 100 de diabétiques, sur une statistique globale de 304 sujets.

D'autre part, alors qu'entre 30 et 40 ans la calcification n'existait que dans 6 pour 100 des cas, elle fut constatée dans 87 pour 100 des cas après 70 ans. Au-dessous de 40 ans, les calcifications observées étaient toujours modérées.

Après 50 ans, les calcifications s'observent environ 2 fois plus souvent chez les diabétiques hypertendus que chez ceux qui ont une pression normale. Enfin, les diabétiques dont la maladie date de plus de 10 ans ne sont exempts de calcification que dans la faible proportion de 10 pour 100 des cas. Le degré de la calcification chez les diabétiques varie donc proportionnellement à l'âge et à la durée du diabète.

Pierre-Noel Deschamps.

E. Heckel (de Pittsburg). ***La conjonctivite gonococcique purulente; son traitement par le sérum chloruré sodique glacé*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCII, n° 19, 11 Mai 1929). — H. rapporte les résultats du traitement de très nombreux cas de conjonctivite gonococcique purulente, par application au niveau de la région malade de sérum chloruré sodique en solution isotonique, maintenu à une température inférieure à celle de 0°. L'idée d'une telle thérapeutique découle de la notion de la sensibilité particulière du gonocoque au froid, sensibilité aujourd'hui bien connue et démontrée par de multiples expériences. Voici le détail de la technique employée. — Dans 1/4 delitre de solution isotonique de chlorure de sodium sont immergés une douzaine de morceaux de glace de la taille d'un œuf environ. Le sujet est placé dans le decubitus dorsal, le visage et le haut du corps protégés par une serviette. Au moyen d'un morceau d'ouate, on fait couler la solution isotonique glacée entre les paupières, de façon à extraire tout d'abord le pus et les concrétions, puis à produire une véritable douche glacée de l'œil malade. Cette irrigation est prolongée environ 10 minutes et répétée plusieurs fois par jour. Cette thérapeutique des conjonctivites purulentes, suivant H., serait susceptible de remplacer la classique méthode de Credé au nitrate d'argent.

Pierre-Noel Deschamps.

S. Samuels. ***Le diagnostic précoce de la thrombo-angéite oblitérante ; un nouveau signe*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCII, n° 19, 11 Mai 1929). — Dans ce très court article S. décrit un signe capable, suivant lui, de déceler très précocement l'ischémie en cas de thrombo-artérite. Le signe en question consiste à élever les 2 jambes au-dessus du plan du lit et à exécuter rapidement, successivement, de chaque côté, plusieurs mouvements de flexion et d'extension du pied, autour de la cheville comme pivot : du côté malade, on voit apparaître au bout de quelques instants une teinte pâle, d'aspect cadavérique, au niveau de la plante du pied. S. a donné à ce signe le nom de *signe de l'ischémie plantaire provoquée*.

Pierre Noel Deschamps.

LA PRENSA MEDICA ARGENTINA (Buenos Aires)

R. Bustos Moron. ***Les cardiopathies dans leurs rapports avec l'état puerpéral ; considérations pronostiques*** (*La Prensa medica Argentina*, t. XV, n° 32, 20 Avril 1929). — L'article fort intéressant et fort documenté de B. M. prouve qu'il faut en rabattre des formules anciennes. S'appuyant sur les travaux de Couvelaire, de Laubry, Gounet et Froment et en particulier de Vaquez, il montre qu'il convient d'établir une différence du tout au tout entre les insuffisances orificielles et valvulaires cicatrisées sans défaillance cardiaque, d'une part, et les endocardites en évolution, d'autre part : il est possible, à l'heure actuelle, de distinguer les unes des autres Autant, suivant la formule de Laubry, les premières sont bénignes et permettent de mener à bien l'accouchement, autant les secondes comportent un pronostic réservé. Il faut également faire la part de l'endocardite non valvulaire, de l'état du myocarde et, point sur lequel a insisté particulièrement Aubertin, des symphyses cardiaques plus ou moins latentes. Il ne faut donc se prononcer qu'après un examen objectif complet, mettant en œuvre les techniques les plus récentes et ne négligeant pas non plus l'investigation approfondie de l'état rénal.

C'est dans ces conditions que s'est placé B. M. qui apporte, à l'appui de sa théorie, 12 observations personnelles lesquelles ne laissent rien à désirer sous ce rapport.

M. Nathan.

J. Valls. ***La section des « rami communicantes » lombaires dans la maladie de Little*** (*La Prensa medica Argentina*, tome XV, n° 33, 30 Avril 1929). — La chirurgie de la maladie de Little est, on le sait, une des plus ingrates qu'il soit, mais, d'autre part, V. s'étonne que l'on n'y recoure pas plus souvent, étant donné que les risques deviennent fort limités. Il est du reste d'accord avec tous ceux qui se sont occupés de la question pour convenir, avec Leriche, qu'il est inutile d'opérer un malade qui ne posséderait pas un certain degré d'intelligence, car l'intervention n'est dans tous les cas qu'une préface.

Le principe de ces opérations réside dans ce fait, établi par Sherrington et confirmé par Royle et Hunter, à savoir que les muscles possèdent une double innervation somatique et sympathique et que cette dernière préside plus spécialement au maintien et aux modifications du tonus. C'est dans ces conditions que, chez une jeune fille de 17 ans, dont l'intelligence était à peu près normale, V. pratiqua la résection des *rami communicantes* de la région lombaire. L'opération fut complétée par des résections musculaires. La marche devint très facile avec deux cannes. Ce résultat est donc loin d'être négligeable.

M. Nathan.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MÉDECINE (Paris)

Pierre Woringer (de Strasbourg). ***La peau, organe d'immunisation antituberculeuse*** (*Annales de Médecine*, tome XXV, nº 4, Avril 1929). — Il est bien établi que le soleil renforce la défense de l'organisme infecté, dans les tuberculoses osseuses et articulaires. En outre, Rollier insiste sur l'action préventive du soleil ; la carence solaire est à la base de la majorité des formes aiguës de la tuberculose. La carence solaire diminue donc l'immunité antituberculeuse de l'organisme humain. L'action de la lumière sur l'organisme ne peut s'expliquer que par une participation active et vivante du tissu cutané, la lumière ne faisant que réveiller, renforcer ou stimuler une fonction cutanée existante, la *dermophylaxie*, qui a pour effet l'immunisation non spécifique de tout l'organisme à l'égard d'un grand nombre d'espèces microbiennes, nullement liée à une infection antérieure ou à une vaccination, dépendant, par contre, de l'irradiation de la peau aux rayons actiniques.

Contrairement à Rollier, W. pense que, loin de jouer un rôle activant dans la dermophylaxie, la pigmentation cutanée paraît être un inhibiteur de cette fonction. Son rôle consiste uniquement à protéger les cellules sensibles de la peau contre un excès de stimulant lumineux. Grâce à son pouvoir de pigmentation et de dépigmentation, la peau est capable de s'adapter à des irradiations d'intensités très différentes et de régler par elle-même, dans une certaine mesure, la dose de rayons qui atteint ses éléments sensibles.

Dans certaines conditions, le revêtement cutané apparaît aussi comme le siège d'une production d'anticorps spécifiques : cette réaction cutanée spécifique est la *dermo-antergie*. Elle a besoin d'une provocation par un antigène qui, le plus souvent, sera un bacille tuberculeux vivant logé dans la peau ou son voisinage, mais qui, probablement, peut être constitué également par des bacilles atténués ou morts, ou même par des produits microbiens. L'immunisation obtenue par la réaction dermo-antergique se transmet à tout l'organisme, mais, contrairement à la dermophylaxie, elle est strictement spécifique et ne s'adresse qu'au bacille de Koch.

Depuis longtemps Marfan a montré que la guérison d'une tuberculose locale (lupus ou écrouelle) donne l'immunité pour la phtisie pulmonaire. Or, seules les tuberculoses ayant eu un contact prolongé avec la peau sont capables de conférer cette immunité, ce qui démontre bien le rôle très particulier de la peau.

D'après ceci, il semble logique de porter le vaccin au niveau de l'organe qui est l'immunisateur physiologique de l'organisme, c'est-à-dire de l'appliquer directement dans la peau. C'est la voie qu'ont, empiriquement, adoptée diverses méthodes vaccinales antituberculeuses.

Allergie et immunité sont deux fonctions distinctes absolument indépendantes et de significations différentes. Dermo-antergie et cuti-immunité sont des termes qui correspondent à des faits biologiques tout à fait semblables et qui expriment seulement des conceptions physiopathologiques différentes.

L. Rivet.

Léon Bernard, Robert Debré et Marcel Lelong. ***A propos de la prémunition par le BCG; faits anatomiques*** (*Annales de Médecine*, tome XXV, nº 4, Avril 1929). — A l'autopsie de 2 enfants ayant ingéré du BCG, séparés dès la naissance et ayant conservé une *cuti-réaction négative*, morts respectivement à 14 jours et à 5 mois 1/2, à la suite d'un syndrome de dénutrition progressive (d'observation courante chez des nourrissons de cet âge, non vaccinés), B., D. et L. n'ont trouvé aucune lésion tuberculeuse macroscopique, ni viscérale, ni ganglionnaire, et l'inoculation de fragments de ganglions au cobaye n'a pas tuberculisé l'animal.

A l'autopsie de 3 autres enfants ayant ingéré du BCG, ayant également conservé une cuti-réaction négative, mais n'ayant pas été séparés dès la naissance, B. D. et L. n'ont également relevé aucune lésion tuberculeuse. Les inoculations n'ont pas tuberculisé le cobaye. Pour un enfant, cependant, l'inoculation au cobaye d'un ganglion trachéo-bronchique macroscopiquement normal a permis de déceler sur un frottis de ganglion du cobaye, lui-même indemne de toute lésion apparente, des bacilles acido-résistants.

L'autopsie des enfants ayant ingéré du BCG et pendant la vie desquels la *cuti-réaction* est devenue *positive* a montré 3 ordres de faits sur la fréquence desquels l'avenir devra nous fixer :

1º Ou bien l'autopsie est entièrement négative (2 cas). Dans ces cas, la cuti-réaction positive n'est accompagnée par aucune lésion tuberculeuse macroscopiquement décelable ; avec le BCG, une telle lésion n'est donc pas la condition nécessaire de l'éclosion de la sensibilité tuberculinique ;

2º Dans 2 cas, l'autopsie n'a montré aucune lésion tuberculeuse macroscopique, les inoculations n'ont pas tuberculisé le cobaye, mais des frottis de ganglions de cobaye, bien qu'indemnes de lésions caséeuses, ont montré des bacilles acido-résistants. A noter que, dans les 2 cas, il s'agissait d'enfants issus de mère tuberculeuse et que la séparation n'avait pu être absolue ;

3º Dans 1 cas, enfin, l'autopsie de l'enfant (qui avait été rigoureusement séparé) a montré l'existence d'un petit paquet de ganglions mésentériques caséeux, contenant des bacilles acido-résistants ; les inoculations de ces ganglions au cobaye n'ont d'ailleurs pas tuberculisé l'animal. L. Rivet.

J. Morin (Leysin) **et F. Bouessée** (Paris). ***A propos de l'oléothorax*** (*Annales de Médecine*, t. XXV, nº 4, Avril 1929). — Pas plus qu'aucune autre méthode collapsothérapique, l'oléothorax ne saurait, sans danger, agir par compression active. La permanence de tension que confère à l'huile son incompressibilité suffit en pression neutre à favoriser la rétractilité pleuro-pulmonaire spontanée, dans les cas où le collapsus gazeux, à tension essentiellement élastique, se montre inopérant.

L'oléothorax en pression neutre est efficace pour affaisser une cavité ou un moignon pulmonaire rebelles au collapsus par l'air. Il suffit également à parer aux symphyses pleurales progressives survenant au cours du pneumothorax. D'autre part, il est utile comme agent de désinfection dans les pleurésies purulentes du pneumothorax. Quand celles-ci sont la conséquence d'une fissuration pleurale, l'oléothorax, maintenu en pression neutre ou négative, assèche la plèvre dont il facilitera la cicatrisation. Mais, s'il existe une perforation large et en même temps des lésions pulmonaires sous-jacentes importantes et actives, l'oléothorax doit immédiatement céder le pas à la thoracoplastie.

Lorsque au cours d'un oléothorax, le malade accuse le goût de goménol dans la bouche ou qu'il expectore de l'huile, il importe immédiatement de retirer de l'huile pour décomprimer et éviter l'élargissement de la fissuration pleurale. Quand celle-ci demeure de calibre peu important et que le poumon sous-jacent bien collabé depuis assez longtemps paraît guéri, l'oléothorax maintenu en pression négative pourra favoriser l'oblitération de la fistule par assèchement et cicatrisation de la plèvre, rendant ainsi inutile la thoracoplastie.

En aucun cas, l'oléothorax ne doit être envisagé comme un agent « fortement compressif ». Vouloir forcer l'oléothorax serait aller au-devant de désastres et abuser de cette méthode qui, bien conduite, demeure excellente. L'oléothorax en pression neutre présente un minimum de danger et peut avoir une action extrêmement favorable là où le collapsus gazeux reste inefficace. Mais, il ne faut pas vouloir lui demander plus qu'il ne peut donner.

L. Rivet.

André Cain et Monnerot-Dumaine. ***Les colites ulcéreuses tuberculeuses*** (*Annales de Médecine*, tome XXV, nº 4, Avril 1929). — Ce mémoire est basé sur l'étude de 4 observations personnelles et d'un certain nombre d'autres éparses dans la littérature médicale.

C. et M. distinguent schématiquement plusieurs formes anatomiques : ulcérations circonscrites, ulcérations étendues et serpigineuses (Spillmann), ulcérations avec scléro-lipomatose de la paroi, tuberculomes ulcérés dans lesquels les lésions sont avant tout hypertrophiques et souvent sténosantes (Bezançon et Lapointe), colites tuberculeuses inflammatoires. Les lésions intéressent le plus souvent le cæcum en même temps que le côlon et il n'est pas rare que l'intestin grêle participe au processus ulcéreux. Dans la plupart des cas, l'autopsie montre des lésions pulmonaires tuberculeuses étendues.

Cliniquement, on peut décrire : un type dysentérique ; un type de diarrhée cachectisante ; un type hypertrophique, qui peut être cliniquement primitif, comme la tuberculose du cæcum ; une forme latente. Le pronostic est toujours extrêmement grave et bien différent de celui du tuberculome colique, dans lequel la chirurgie donne souvent d'excellents résultats. La colite ulcéreuse témoigne, au contraire, d'une évolution tuberculeuse avancée et les malades succombent rapidement ; l'hépatite graisseuse dégénérative hâte souvent l'évolution fatale ; la perforation a été observée.

Les auteurs insistent sur l'importance diagnostique de la recherche du bacille de Koch dans les selles, de l'exploration radiologique (Bonafé), de la rectoscopie (Bensaude).

La chirurgie peut donner d'heureux résultats au début dans des formes segmentaires à prédominance fibreuse et secondairement ulcérées. Baemeister a préconisé le traitement radiothérapique des colites ulcéreuses. L. Rivet.

PARIS MÉDICAL

Ph. Decourt. ***Quelques précisions sur la thérapeutique du paludisme (d'après une enquête marocaine)*** (*Paris médical*, tome XIX, nº 22, 1er Juin 1929). — Des divergences très grandes existent sur les méthodes thérapeutiques employées contre le paludisme. D. a procédé à une enquête auprès de nombreux médecins marocains dont l'expérience, à ce point de vue, est précieuse.

Le traitement d'attaque est constitué par l'association des traitements quinique et arsenical comme l'avait indiqué Ravaut. Si l'estomac tolère la quinine, la voie buccale est la meilleure. Pour éviter l'intolérance du tube digestif, il est bon de purger le malade au début du traitement, d'administrer la quinine à doses réfractées au moment des repas. Si l'estomac est intolérant, la quinine doit être administrée par piqûres. Les injections intra-musculaires produisent un peu moins souvent des complications que les injections sous-cutanées, mais ces complications sont beaucoup plus graves. Pour éviter la formation de nodules douloureux, il est bon de masser légèrement après la piqûre.

La majorité des médecins préfère le chlorhydrate, le bichlorhydrate ou le bromhydrate de quinine.

Dans le traitement d'attaque, la dose la plus habituellement prescrite est de 2 gr. par jour. Il semble qu'il y ait un seuil d'action de la quinine qu'il soit nécessaire d'atteindre pour avoir un traitement efficace. La nature de l'hématozoaire, l'état général du sujet, l'ancienneté du paludisme, le pays, l'époque de l'année, la température extérieure, un traitement arsenical antérieur sont autant de facteurs qui font varier le seuil d'action.

Si la quinino-résistance semble rare, lorsque la quinine est bien administrée et réellement prise, on constate parfois de l'intolérance à la quinine.

L'arsenic est le plus souvent employé sous forme d'arrhénal, de cacodylate de soude, de novarsénobenzol, de stovarsol ou d'acide arsénieux associé à la quinine.

Le diagnostic du paludisme peut être très difficile. Le laboratoire est le seul procédé qui permette de le baser sur une certitude. Le procédé de la goutte épaisse de Ross est nécessaire et permet en général de trouver l'hématozoaire. Si ce procédé ne donne rien, Hornus pratique une ponction de la rate, d'autres préfèrent provoquer une splénocontraction. Lorsque le laboratoire ne donne rien, on ne doit pas hésiter à essayer l'épreuve du traitement.

ROBERT CLÉMENT.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

J. Nicolas, M. Favre et F. Lebeuf. ***Les recherches biologiques ont-elles éclairé l'étiologie de la maladie Nicolas-Favre?*** (*Journal de Médecine de Lyon*, tome X, n° 225, 20 Mai 1929). — L'autonomie de la maladie Nicolas-Favre, appelée encore lymphogranulomatose inguinale subaiguë, poradénolymphite, ulcère vénérien adénogène ou quatrième maladie vénérienne, ne fait aucun doute au point de vue clinique.

N., F. et L. passent en revue les recherches biologiques pratiquées dans le but de déceler l'agent pathogène de cette maladie et qui ont abouti à des résultats assez disparates.

Les *examens microbiologiques directs* ont d'abord été négatifs entre les mains de Nicolas, Favre et Gaté. Favre remarqua, sur les frottis de pus, la présence de corpuscules auxquels il n'attribua pas une origine parasitaire. Gamna considère ces corpuscules comme des protozoaires. Favre et Phylactos ont rencontré dans le pus des fistules de gros cocci et des bacilles polymorphes à Gram +. Ravaut a observé des formes amibiennes mobiles; Tomassi des gonocoques. Pautrier, Riettman et Hababousala ont isolé un nocardia.

Les *cultures de pus* ont presque toujours donné un résultat négatif. Cependant, Tanton et Pigeon ont isolé le bacillus fluorescens; Favre, des bacilles pseudo-diphtériques; Vanni et Sala, un paramélitensis; Kitchevatz et Kitchevatz Petrovitch, un bacille sporulé, voisin du subtilis. Les microbes trouvés par N. F. et L. sont considérés par eux comme non spécifiques.

Les *inoculations* n'ont pas donné de résultats plus probants. La maladie n'est pas inoculable au porteur; elle est inoculable à l'espèce humaine comme le prouvent les cas de contagion vénérienne. De nombreuses inoculations au singe, au lapin, aux souris et aux rats blancs, aux cobayes, n'ont donné aucun résultat. Ravaut, Boulin et Rabau, inoculant soit du tissu ganglionnaire, soit du pus au cobaye, ont vu se produire, dans 3 cas, un ganglion inguinal et un petit nodule fibreux au point d'inoculation; de Bella, Virgillo et Gamna ont obtenu des résultats analogues, et, en inoculant avec les ganglions de ces cobayes des animaux neufs, Gamna a pu transmettre en série la maladie jusqu'au troisième passage, avec présence, dans les ganglions malades, d'altérations histologiques semblables et de protozoaires. Gay-Prieto a reproduit la lymphogranulomatose expérimentale en inoculant des morceaux de ganglions malades. N., F. et L. pensent qu'il s'agit d'escarres d'élimination, de faux chancres d'inoculation. L'examen histologique des ganglions inguinaux qui accompagnaient ces chancres ne leur a pas montré de modifications notables de la structure.

L'intradermo-réaction avec un antigène à base de pus lymphogranulomateux, positive, pour Frei, 9 fois sur 9 malades, a été retrouvée par Dind, par Kitchevatz et par les auteurs.

L'auto-vaccinothérapie aurait donné 2 succès à Delbet chez des malades débarrassés chirurgicalement de leurs ganglions inguinaux; elle aurait amélioré 2 malades de Kitchevatz. L'emploi d'un stock-vaccin a été inefficace chez un malade de N., F. et L.

Avec l'antigène préparé avec le bacille sporulé isolé par eux, Kitchevatz et Kitchevatz-Petrovitch ont réalisé une réaction de fixation du complément qui fut + dans 3 cas.

Si ces recherches ne suffisent pas à préciser l'étiologie de la maladie de Nicolas-Favre, elle montrent que celle-ci est une infection générale, s'accompagnant de modifications humorales, pouvant persister plus ou moins longtemps.

ROBERT CLÉMENT.

JOURNAL DE MEDECINE DE BORDEAUX et de la RÉGION DU SUD-OUEST (Bordeaux)

J.-L. Roumaillac (de Captieux). ***D'un traitement médical de l'ulcère duodénal ou gastrique basé sur la régurgitation duodénale*** (*Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, tome CVI, n° 14, 20 Mai 1929) — Pour justifier une médication qui lui a paru efficace, R. passe en revue les problèmes si complexes qui entourent la pathogénie et la thérapeutique de l'ulcère gastro-duodénal.

Pourquoi l'estomac ne se digère-t-il pas lui-même ? De nombreuses explications ont été proposées. Après les avoir envisagées, R. semble se rallier à l'opinion de Jarno (de Budapest) pour qui le liquide duodénal exercerait un véritable rôle de protection de la muqueuse gastrique par les sels biliaires et les acides aminés biliaires qu'il contient et qui aurait une action « antipepsique » après régurgitation duodénale.

A toute perturbation de la régurgitation duodénale correspond, dans la majorité des cas, l'apparition de l'ulcus qui devient chronique si le trouble physiologique persiste.

La formation des ulcères dépendrait non seulement du trouble de régurgitation duodénale, mais aussi d'une diminution du taux de la cholestérine du sang, une augmentation parallèle et inverse de l'acidité gastrique, conséquence ou cause d'un déséquilibre mécanique et chimique. L'abaissement du taux de la cholestérine entraînerait une diminution de son pouvoir antitoxique et permettrait la transformation en une plaie ulcéreuse d'une érosion banale sur un épithélium enflammé. Grâce à des analyses fractionnées et répétées de suc gastrique après repas d'épreuves, on a pu constater que les quantités d'acide et de bile contenues dans l'estomac sont en raison inverse.

On a obtenu des résultats intéressants avec un régime gras en faisant prendre, par exemple, de la crème de lait par petites quantités répétées fréquemment dans la journée. Les graisses empêchent la formation d'acides dans l'estomac et facilitent le relâchement du pylore qui permet à la régurgitation duodénale alcaline de se produire.

L'expérimentation aurait aussi démontré qu'une alimentation riche en cholestérine augmente le taux de la cholestérinémie.

R. a utilisé une préparation à base de bile de bœuf desséchée et d'acide glycocholique.

A l'appui de l'efficacité de cette thérapeutique, il rapporte son auto-observation.

ROBERT CLÉMENT.

ANNALES de la SOCIÉTÉ BELGE DE CHIRURGIE (Bruxelles)

J. Gahen. ***Résultat éloigné d'une arthroplastie du genou*** (*Annales de la Société belge de Chirurgie*, tome XXXVI, n° 2, 1929). — L'arthroplastie du genou pour tumeur blanche ne trouve que de rares indications (8 fois sur 440 arthroplasties mentionnées dans une monographie publiée en 1926). Il est évident que dans le cas de tuberculose ancienne, immobilisée en rectitude, personne ne songera à faire une arthroplastie; cette opération ne sera justifiée que si une tumeur blanche, apparemment guérie depuis longtemps, est ankylosée en flexion. Au cours de l'intervention, si l'on découvre des tissus suspects, on se décidera pour une résection. Il subsiste néanmoins un risque, parce qu'une lésion limitée d'ostéite peut échapper à l'observateur même au cours de l'opération.

La malade qui fait le sujet de la communication de C. avait 14 ans au moment de son entrée à l'hôpital. Elle avait été atteinte, 4 ans auparavant, d'une affection du genou accompagnée de suppuration, et ayant évolué vers l'ankylose totale en flexion à 80°. L'examen clinique et la radiographie se complétaient pour permettre d'établir le diagnostic de tumeur blanche.

Le 11 Février 1928, M. Verhoogen et l'auteur pratiquèrent une arthroplastie par interposition d'un large lambeau aponévrotique. La technique suivie fut celle de Putti. La plaie fut fermée sans drainage et le membre immobilisé dans un bandage plâtré, en flexion très légère. Le 3e jour, le plâtre fut remplacé par une gouttière facilitant l'extension continue. Le 9e jour, la malade exécutait déjà spontanément quelques mouvements. 14 jours après l'opération, elle exécutait nettement des mouvements de flexion avec lenteur et parvenait à étendre complètement la jambe, le pied prenant appui sur le plan du lit. Le 1er Mars, elle fut soumise à un traitement physiothérapique : massage, faradisation, bains de lumière, puis mobilisation manuelle prudente et mécanothérapie.

Actuellement, un an après l'opération, la malade étend facilement la jambe, la fléchit à 110°, marche et court avec aisance. Il existe cependant de petits mouvements de latéralité que seul révèle l'examen et une boiterie très peu perceptible que corrigera complètement une talonnette.

Un résultat aussi satisfaisant est attribuable en partie au jeune âge de la malade et au matériel aponévrotique utilisé qui possède une grande faculté d'adaptation, comme l'ont prouvé les expériences de Putti et de ses assistants Delitala et Serra. Cette plasticité de l'aponévrose peut même aboutir à la formation d'une synoviale nouvelle. Il semble que ce soit une métaplasie de ce genre qu'a dû subir le fragment d'apouévrose interposé chez cette malade, étant donné la facilité et l'amplitude des mouvements exécutés.

J. DUMONT.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Bâle)

E. Glanzmann. ***Rubéole et fièvre ganglionnaire*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LIX, 27 Avril 1929). — G. a eu l'occasion, au cours d'une épidémie de rubéole, d'observer 70 cas de cette maladie. Il a pu ainsi retrouver régulièrement le signe de Theodor : un gonflement de la plupart des ganglions lymphatiques périphériques ; une toux d'irritation pénible qui fait penser à une adénopathie péri-bronchique et une rate souvent augmentée de volume à la percussion ont été également observées. Il a également noté un certain nombre de cas sans érythème. La fièvre s'est montrée sous deux types : dans l'un, la fièvre descend à partir de l'apparition de l'exanthème; dans l'autre, au contraire, elle monte à partir de ce moment-là. L'exanthème lui-même débute par une rougeur vive du visage et s'étend rapidement à l'ensemble du corps sans épargner le pourtour de la bouche. L'éruption est généralement analogue à celle de la rougeole et plus rarement à celle de la scarlatine. Parfois, l'éruption débute par les extrémités. Elle peut aussi se produire par poussées successives. Il arrive qu'elle subsiste pendant 8 ou 10 jours sur le visage.

La formule sanguine est extraordinairement caractéristique. G. a constaté, d'après la méthode de Schilling, un léger déplacement vers la gauche des neutrophiles (18 ou 20 noyaux en bâtonnets pour

21 à 44 noyaux segmentés). Les éosinophiles ne disparaissent pas, mais diminuent légèrement, de même que les neutrophiles, tandis que les cellules mononucléées et particulièrement les lymphocytes augmentent. Dans tous les cas, G. a pu constater l'apparition de plasmazellen dont la proportion a pu s'élever jusqu'à 40 pour 100 et qui dérivaient manifestement des lymphocytes, ceux-ci n'atteignant qu'une proportion très faible (3,75 de grands lymphocytes et 2,5 pour 100 de petits lymphocytes).

D'une manière générale, la quantité de plasmazellen a été proportionnelle à la tuméfaction des ganglions, bien que le fait ait comporté quelques exceptions. Ces cellules montrent souvent dans leur protoplasma, qui est coloré en bleu, des vacuoles, et le noyau prend parfois une apparence rayonnée. On trouve également des granules azur dans les lymphocytes et parfois aussi dans les plasmazellen. C'est entre le 4e et le 5e jour que ces dernières cellules sont le plus nombreuses. Elles ont d'ordinaire disparu à la fin de la première semaine; mais G. en a pourtant retrouvé des proportions assez élevées au bout de 2 et 3 semaines. Les monocytes sont en nombre normal.

Cette formule sanguine diffère totalement de celles de la rougeole et de la scarlatine. Elle se rapproche au contraire de celle de la fièvre ganglionnaire, qui est caractérisée par une leucocytose polynucléaire au début, après quoi on observe une légère leucopénie en même temps qu'apparaît une mononucléose pouvant atteindre jusqu'à 96 pour 100. Les formes pathologiques de lymphocytes sont extraordinairement nombreuses : formes très petites, formes très grosses, noyaux excentriques ou en forme de fer à cheval, etc. de sorte que la réaction d'oxydase, seule, permet de faire le diagnostic. On trouve également des granulations azurophiles dans le protoplasma.

Dans le groupe de la rubéole, doivent rentrer également les angines à monocytes ou les angines diphtéroïdes avec réaction lymphatique dans lesquelles il a été observé un exanthème au 10e jour par Deussing. G. pense, en effet, que les angines à monocytes ne doivent pas être séparées des angines avec réactions lymphatiques, car on observe entre ces deux formes tous les intermédiaires. A ce sujet, l'auteur fait remarquer que Baldridge, Rohner et Haussmann réunissent toutes les formes de fièvre ganglionnaire : les types septiques à début brusque, les types angineux avec angine diphtéroïde et monocytes, les types pharyngiens, les types abdominaux et les types insidieux, subfébriles ou sans fièvre.

Ainsi l'existence d'une réaction lymphatique dans la rubéole donne à penser que cette série d'affections n'est pas due, comme Türk le voulait, à un facteur constitutionnel, mais doit relever d'un germe spécial. D'ailleurs, la fièvre ganglionnaire donne lieu à des épidémies qui ont pu s'étendre à 300 cas et montrer que la période d'incubation ne diffère pas beaucoup de celle de la rubéole (10 à 12 jours). En outre, la fièvre ganglionnaire s'accompagne parfois d'exanthème, de lymphocytose encore plus marquée que dans la rubéole, avec un nombre de plasmazellen généralement plus faible (2 à 4 pour 100) et d'albuminurie. Ainsi ces deux infections doivent être considérées, selon G., comme des lymphadénoses.

La fièvre de 3 jours se distingue bien de la rubéole puisque l'exanthème n'apparaît qu'après la chute de la température. En revanche, il est souvent très difficile de distinguer la scarlatine de la rubéole et les petits rubéoliques sont ainsi hospitalisés par erreur dans un service de scarlatineux. Mais, alors, l'examen du sang permet un diagnostic sûr. La diagnostic avec la rougeole n'est pas non plus toujours facile, bien que les taches de Koplick manquent toujours dans la rubéole. Dans l'érythème infectieux, c'est la forme de l'exanthème et surtout les taches cyanosées au centre qui permettent de faire le diagnostic. Dans l'érythème exsudatif multiforme, les taches sont plus papuleuses et commencent par les extrémités.

Parmi les complications, G. signale des otites, un cas d'appendicite hémorragique, mais pas de complications du côté du système nerveux. Les irradiations aux rayons ultra-violets donnent de bons résultats sur les ganglions de la rubéole.

P.-E. Morhardt.

ARCHIV für KLINISCHE CHIRURGIE (Berlin)

Frankel (Berlin). — ***Propriétés des hormones générales de régénération*** (*Archiv fur klinische Chirurgie*, tome CLV, nº 2, 25 Avril 1929). — Dans un premier travail, F. avait montré que les processus de guérison après fracture du fémur présentaient des caractères différents en cas de fracture bilatérale et que surtout ces caractères variaient si les fractures n'étaient pas simultanées et si l'intervalle entre leur production devenait différent.

Dans un deuxième travail, F. a rapporté ces caractères à l'action de deux hormones différentes : *hormone plastique* et *hormone de différenciation*, dont l'action varierait suivant leur concentration dans le sang et aussi suivant l'état du tissu en voie de régénération.

Dans ce nouveau travail, il a cherché à préciser l'action de ces hormones.

Pour lui, l'hormone plastique commande d'abord le développement du tissu nouveau et, en outre, prépare l'action de l'hormone de différenciation par une sorte de sensibilisation des tissus.

L'hormone de différenciation, quant à elle, aurait trois actions : elle arrête le développement du tissu nouveau, mais elle active la différenciation et le processus de destruction de ce tissu. Son action est moindre sur les tissus de régénération jeunes que sur les tissus anciens.

Marcel Thalheimer.

Kartal (Zurich). ***La castration au point de vue des indications psychiatriques*** (*Archiv fur klinische Chirurgie*, tome CLV, nº 2, 25 Avril 1929). — La castration est considérée par certains psychiatres comme le traitement des perversions sexuelles chez l'homme, après échec de toutes les méthodes psychiques ou médicamenteuses.

Comme, histologiquement, les testicules enlevés sont normaux, il faut admettre que les résultats son dus à la suppression de la sécrétion interne.

19 malades ont été opérés à la Clinique de Clairmont pour des cas invétérés et ayant résisté à tous les traitements : 8 exhibitionnistes, 6 homosexuels 1 satyre et 4 pour attentats à la pudeur sur des enfants. 16 ont été revus entre 1 an et 8 ans après l'opération. Les résultats doivent être étudiés au point de vue social et au point de vue du malade Socialement, il y a eu 13 guérisons complètes, ces malades ayant repris une vie normale, sans aucune rechute; un seul a présenté quelques récidives n'ayant pas nécessité l'internement d'ailleurs ; un a dû être interné pour tentatives de suicide et un dernier malade de 59 ans, infirme, a dû être hospitalisé. Mais chez chacun des opérés, il y a eu une amélioration nette et chacun, selon K., a tiré bénéfice de l'intervention.

Marcel Thalheimer.

ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE (Leipzig)

Becker. ***Injections intraveineuses de calcium dans le traitement de la tuberculose pulmonaire*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, tome LIII, nº 3, 1929). — L'administration du calcium, sous forme de phosphate de chaux surtout, est utilisée depuis longtemps dans le traitement de la phtisie, de façon tout empirique d'ailleurs. Récemment on a montré l'importance du calcium comme régulateur de l'équilibre physico-chimique du sang, le taux de ce corps se maintenant à peu près invariable en dehors des états pathologiques. Après injection intraveineuse, il y a augmentation fugace du calcium sanguin, puis réapparition du taux antérieur, ce qui permet de penser que l'excès en a été fixé dans les tissus.

Quelle que soit la spécialité adoptée, l'administration buccale de chaux présente de nombreux inconvénients. Quant aux injections intraveineuses, de nombreux auteurs, parmi lesquels, en France, Rist, Ameuille et Ravina, Merklen et Dubois-Roquebert, ont montré l'action du chlorure de calcium dans les vomissements et surtout dans les diarrhées des tuberculeux.

B. a poursuivi ses essais sur 150 cas de tuberculose dont 78 ont été suivis pendant 2 ans 1/2 en sanatorium. Parmi ces derniers, on comptait 61 tuberculoses ouvertes et 17 tuberculoses fermées : objectivement B. a noté une amélioration locale avec diminution des bruits adventices; il lui a semblé que les états subfébriles cédaient bien plus rapidement et plus complètement que les hautes températures.

Ces résultats se sont accompagnés d'amélioration radiologique. Le nombre des bacilles diminue dans les crachats. La toux, les sueurs nocturnes s'améliorent. De même, les troubles digestifs, particulièrement la diarrhée tenace, cèdent rapidement. Certaines manifestations accessoires, telles que l'insomnie, des lésions eczémateuses ont été pareillement influencées. Les pleurésies primitives ou accompagnant un pneumothorax se sont résorbées rapidement.

La technique de ce traitement consiste en injections bi-hebdomadaires, débutant à la dose de 2 cmc pour atteindre 10 cmc en séries de 20 piqûres 2 fois par an. B. a employé le chlorure de calcium Merck en ampoules à 10 pour 100. Il est nécessaire de pratiquer très correctement l'injection, étant donné la tendance escarrotique de la solution. L'injection est immédiatement suivie d'une sensation de chaleur qui dure environ une minute.

Il ressort de cet article que l'injection intraveineuse de chlorure de calcium représente un traitement adjuvant important de la tuberculose pulmonaire.

G. Basch.

Hellmuth Siegel. ***Inhalations de chaux dans la tuberculose pulmonaire d'après le système de Lex-Zeyen*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, tome LIII, nº 3, 1929). — L'origine de cette thérapeutique réside dans les observations de Tackrach (1860), de Valter et Grab, notant la faible mortalité par tuberculose des ouvriers travaillant dans la chaux et le plâtre.

Il a même semblé que l'inhalation des poussières calcaires exerçait un rôle de protection indéniable vis-à-vis de la phtisie et certains médecins prescrivirent aux tuberculeux le séjour aux environs des fours à chaux. Behla donne les statistiques suivantes : décès par tuberculose sur un total de 10.000. individus : tailleurs de pierre, 72 pour 100; teinturiers, 33,5; industries du papier, 29,3; imprimeurs, 23,6; garçons de café, 26,4; *alors que le chiffre de mortalité pour les ouvriers travaillant dans le ciment et la chaux est de 7,9.*

On en arriva logiquement à prescrire l'inhalation de particules de chaux à l'aide d'appareils variés : gazophore de Herzfeld, pulvérisateurs de Petit, Coutière, Legrand en France, etc... On prescrit l'inhalation chaque matin, pratiquée après la « toilette » des bronches, du mélange comportant 70 pour 100 de chaux. L'inhalation est faite 8 jours de suite, séparée de la suivante par un repos de 15 jours. D'autres auteurs ont proposé l'introduction de particules de chaux dans la profondeur même des bronches du côté malade à l'aide d'appareils plus ou moins compliqués.

S. a utilisé l'appareillage de Lex et Zeyen à l'aide duquel le malade inhale un mélange de chaux vive et de plâtre. Des 20 malades étudiés par lui, 7 seulement continuèrent le traitement, sur lesquels 3 parurent améliorés S. ne conclut donc pas de façon ferme en faveur de la méthode.

G. Basch.

H. Braeuning et M. Neumann. ***L'avenir des enfants cohabitant avec un parent atteint de tuberculose ouverte; influence du médecin traitant*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, tome LIII, nº 5, 1929). — L'enquête à laquelle se sont livrés B. et N. a confirmé l'opinion classique suivant laquelle les enfants exposés à la contagion familiale succombent à l'infection tuberculeuse de 3 à 30 fois plus souvent que la moyenne des enfants de leur âge. Les plus exposés sont les enfants de moins d'un an et ceux de 11 à 20 ans. Les enfants de 2 à 10 ans sont beaucoup moins exposés, mais succombent néanmoins de tuberculose 3 fois plus que des sujets du même âge.

Dans la plupart des cas il y a une concordance indéniable entre le début de la maladie et l'exposition à la contagion, et les enfants les plus exposés succombent plus souvent que ceux qui le sont moins.

Le danger est d'autant plus marqué que l'individu contaminateur crache plus abondamment et a une expectoration plus bacillifère. Mais il faut tenir compte aussi des conditions hygiéniques. Le rôle du médecin et de l'assistante sociale est dans ce cas capital puisqu'il consiste à enseigner l'usage de crachoirs et à réaliser un isolement relatif de l'enfant ou du contagieux.

Les deux sexes sont également atteints, avec une légère prédominance féminine dans la statistique de B. et N.; ceux-ci n'ont pu préciser dans les cas observés par eux s'il y avait ou non prédisposition congénitale à l'infection tuberculeuse, problème non encore éclairci.

Sur 119 fillettes soumises à la contagion entre la 11e et la 20e année, 14 pour 100 ont succombé à la tuberculose.

Les essais de vaccination auxquels se sont livrés B. et N. n'ont pas eu de résultat net, pas plus que des cures préventives de tuberculine.

Il est bien entendu que tous les moyens prophylactiques doivent être mis en œuvre, qu'il faut soumettre les enfants à des examens cliniques et radiologiques répétés et les enlever le plus souvent possible au milieu contaminateur par le moyen des colonies de vacances.

G. Basch.

MONATSSCHRIFT für KINDERHEILKUNDE

(Leipzig)

Sala Weitz (de Vienne). ***Malariathérapie des enfants hérédo-syphilitiques au delà du premier âge*** (*Monatsschrift für Kinderheilkunde*, tome XLIII, fasc. 3, Mai 1929). — Les beaux résultats fournis par la malariathérapie chez l'adulte devaient inciter certains auteurs à employer cette méthode pour le traitement des paralysies générales juvéniles et des autres formes de syphilis cérébrale qu'on peut observer chez les enfants, surtout chez ceux qui présentent une réaction de Wassermann positive du liquide céphalo-rachidien et une réaction de Wassermann restant telle en dépit d'un traitement spécifique énergique.

W. a soumis en 1924 à la malariathérapie 14 enfants hérédo-syphilitiques. Certains présentaient des manifestations nettes de syphilis nerveuse; d'autres étaient atteints d'imbécillité ou avaient seulement une réaction de Wassermann positive du liquide céphalo-rachidien. Enfin quelques-uns subirent ce traitement simplement parce que leur réaction de Wassermann du sang restait positive malgré l'emploi des médications antisyphilitiques d'usage courant.

Les résultats de la malariathérapie contre la *paralysie juvénile* sont diversement appréciés. Reese et Peter ont eu 3 échecs dans 3 cas. Hermann nota dans 1 cas une amélioration du psychisme et des réactions du liquide céphalo-rachidien. Dans un cas, personnel W. nota également une rétrocession des réactions pathologiques du liquide céphalo-rachidien, mais sans amélioration clinique.

Une fillette atteinte d'*imbécillité*, dont la réaction de Wassermann du sang avait déjà été rendue négative, fut soumise à la malariathérapie. On put constater au bout d'une année une amélioration notable des facultés intellectuelles.

La malariathérapie améliore en général les réactions pathologiques du liquide céphalo-rachidien, mais parfois ce résultat n'est obtenu qu'après institution d'un traitement spécifique consécutif.

Cinq enfants à réaction de Wassermann du sang positive d'une façon persistante malgré les traitements usuels ne tirèrent aucun bénéfice de la malariathérapie.

Au point de vue de la *technique* suivie, W. injecta aux enfants 2 à 3 cmc de sang paludéen, en laissant se produire 7 à 12 accès qui furent généralement bien supportés en donnant lieu à une tuméfaction de la rate. Chez 2 enfants seulement on nota un léger ictère qui céda rapidement dès que les accès furent coupés par l'administration de quinine.

Pour W. la malariathérapie donne dans les syphilis cérébrales infantiles de meilleurs résultats que le traitement par le mercure, le bismuth ou le salvarsan. Il lui paraît même légitime d'avoir recours à cette méthode chez les enfants atteints d'une syphilis latente sans manifestations nerveuses, mais avec réaction de Wassermann positive du liquide céphalo-rachidien.

G. Schreiber.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Leipzig)

Oehler. ***La nécrose pancréatique*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LV, nº 21, 24 Mai 1929). — O. a observé depuis 10 ans 26 cas de nécrose pancréatique. Cette maladie, autrefois rare, paraît donc survenir plus fréquemment à l'époque actuelle.

On peut en distinguer deux modalités principales: la cytostéatonécrose pancréatique aiguë grave, avec 92 pour 100 de mortalité, qui débute brutalement et se caractérise par des manifestations péritonéales intenses dans la région sus-ombilicale; en second lieu, la pancréatite subaiguë, plus légère, avec 23 pour 100 de mortalité, qui se présente avec un syndrome moins catastrophique. Ces cas plus légers étaient pour ainsi dire inconnus jusqu'à ces dernières années. Ils sont polymorphes et simulent le plus souvent les accès de colique hépatique graves. D'ailleurs dans les 2/3 des cas on trouve une lithiase vésiculaire.

Entre les deux groupes se rencontrent de nombreux cas intermédiaires, mais le plus souvent l'évolution permet vite de différencier les formes graves des atteintes légères. D'ailleurs l'opération précoce s'impose dans tous les cas; seulement son pronostic est notablement meilleur dans le 2e groupe qui permet d'espérer une guérison durable.

G. Dreyfus-Sée.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Munich)

O. Ulrich. ***Fréquence et pronostic des lésions traumatiques obstétricales du système nerveux central*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXVI, nº 12, 22 Mars 1929). — Les conditions mécaniques obstétricales, même observées au cours d'accouchements normaux, expliquent aisément la fréquence d'accidents par compression, en particulier en ce qui concerne le crâne qui subit au maximum les variations de pression dues aux contractions utérines.

Outre ces conditions physiques agissent encore d'autres facteurs qui expliquent, en particulier, la fréquence des hémorragies intracraniennes chez les prématurés plus petits et subissant, par conséquent, à un moindre degré les traumatismes du travail: chez ceux-ci, la fragilité vasculaire joue un rôle favorisant indiscutable.

En dehors des cas où les lésions encéphalo-méningées sont cliniquement décelables, Schwartz a montré la fréquence de lésions anatomiques intracraniennes découvertes par hasard lors de l'autopsie de nouveau-nés décédés après quelques jours sans avoir présenté de symptômes nerveux caractéristiques.

De plus, en ponctionnant systématiquement une série de nouveau-nés venus au monde dans des conditions variables, Scharpe, d'une part, et U., d'autre part, ont décelé dans 10 à 15 pour 100 une hémorragie méningée non révélée cliniquement.

Ces faits ont conduit quelques auteurs à admettre l'étiologie traumatique obstétricale de toutes les affections congénitales du système neuro-musculaire.

Sans aller aussi loin dans ses déductions U. insiste cependant sur l'importance en clinique-neurologique infantile des antécédents obstétricaux. Une statistique des conséquences lointaines des incidents obstétricaux a un gros intérêt.

En recherchant les enfants ayant présenté lors de la naissance des signes de lésions encéphalo-méningées plus ou moins intenses, U. conclut au pronostic souvent bénin de ces accidents.

3 pour 100 sont morts des suites de l'accouchement (la moitié de ceux-ci étant constitués par des prématurés);

10 pour 100 des survivants présentaient une hémorragie méningée décelée par la ponction lombaire. Parmi ceux-ci: 33 pour 100 meurent ultérieurement; 3 pour 100 conservent des lésions neurologiques; 64 pour 100 se développent normalement sans aucune séquelle.

Ainsi, malgré les conditions mécaniques véritablement effrayantes de l'accouchement, les lésions cérébro-méningées durables restent relativement exceptionnelles.

G. Dreyfus-Sée.

S. Bommer. ***Le traitement diététique de la tuberculose cutanée*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXVI, nº 17, 26 Avril 1929). — Le traitement de la bacillose cutanée par le régime alimentaire a été préconisé il y a un an par Gerson, Sauerbruch et Herrmannsdorfer.

Constatant par hasard l'action favorable exercée sur les lésions cutanées par la diète plus ou moins absolue réalisée chez certains bacillaires anorexiques, ils ont recherché si cette influence ne serait pas due à l'acidose humorale ainsi constituée.

En effet, lors de l'institution d'un régime acidifiant les humeurs, on constate une amélioration des lésions cutanées alors qu'au contraire aux régimes alcalinisants correspond une évolution nette des lésions.

En outre les essais de Gerson sur les régimes hypoazotés et non salés ont été adaptés au traitement de la bacillose; la viande est donnée en petite quantité, le chlorure de sodium est supprimé et remplacé par un mélange de sels minéraux comprenant essentiellement des sels de calcium, strontium et magnésium.

Dans l'ensemble le régime comporte 90 gr. d'albumine, 162 gr. de graisses et 222 gr. d'hydrates de carbone avec une quantité suffisante de vitamines fournies par les fruits et les légumes.

B. a employé depuis un an ce régime dans la thérapeutique des bacilloses cutanées chez près de 150 malades en y associent le grand air et l'héliothérapie.

Dans l'ensemble, les résultats ont été nettement plus rapides lors de l'association du régime et de l'héliothérapie prudente que par cette dernière thérapeutique isolée. Pendant l'hiver, où, seule, la diététique fut employée, la régression se poursuivit régulièrement.

Dans des formes résistantes de lupus tuberculeux, le traitement suffisamment prolongé a donné des améliorations surprenantes.

Ces résultats relativement récents ne permettent pas encore de conclure quant à la durée des guérisons obtenues, mais ils encouragent à poursuivre des essais thérapeutiques jusqu'ici satisfaisants.

G. Dreyfus-Sée.

K. Hellmuth. ***Les suites éloignées des opérations césariennes, en particulier en ce qui concerne les grossesses ultérieures*** (*Munchener medizinische Wochenschrift*, tome LXVI, nº 18, 3 Mai 1929). — 112 femmes ont été suivies de 1907 à 1923 après avoir subi des césariennes pour bassin rétréci.

L'intervention opératoire a dû être répétée dans 80 pour 100 des cas lors de la grossesse suivante et dans 100 pour 100 des cas lors d'une des grossesses ultérieures.

H. note, en outre, que le nombre des unions stériles augmente de 30 pour 100 après la 1re opération à 64 pour 100 après la 2e.

Cette apparente stérilité n'est pas fonction du mode d'intervention (cervicale ou corporelle) et, d'ailleurs, elle ne peut être considérée comme une complication vraie de l'opération. Elle paraît, en effet, relever très souvent des précautions prises pour éviter une nouvelle grossesse redoutée par crainte d'une césarienne.

Les autres suites éloignées furent constituées par

la rupture utérine au niveau de la cicatrice, survenue 2 fois à l'occasion d'une grossesse ultérieure et dans 3 cas par une éventration se produisant dans la cicatrice abdominale.

Enfin, les femmes se plaignent très fréquemment de multiples malaises, de troubles subjectifs variés, inaptitude au travail, douleurs plus ou moins localisées, troubles des règles, etc., tous phénomènes qu'elles rapportent à l'opération antérieurement subie.

Il semble donc que la césarienne, de même que toute opération dans la cavité abdominale, reste une intervention sérieuse susceptible de laisser des séquelles diverses souvent durables.

Dans l'ensemble, ces constatations doivent faire réserver l'opération obstétricale aux cas où elle est réellement indispensable et H. s'oppose formellement aux suggestions de quelques auteurs tendant à préconiser, en tous cas, la césarienne abdominale de préférence à toutes autres interventions par voie vaginale. G. Dreyfus-Sée.

A. Mayer. ***Rapports entre les modifications du fonctionnement placentaire et le degré de développement du produit de conception*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXVI, n° 19, 10 Mai 1929). — On sait que le placenta subit, au cours de la grossesse, une évolution fonctionnelle. Vers le 7e ou 8e mois, la teneur placentaire en calcium, fer, arginine diminue notablement alors que la quantité de choline augmente, préparant ainsi le travail au cours duquel la choline interviendra pour favoriser la contraction musculaire utérine.

Si l'on envisage le fonctionnement de divers placentas, il est intéressant de rechercher s'il est en rapport avec le développement de l'œuf et est ainsi susceptible d'expliquer certaines anomalies, en particulier le retard ou l'accélération du développement fœtal, la dissociation entre le poids de l'enfant et la durée de la grossesse.

Les causes extraplacentaires invoquées, telles que fatigue, mauvais état de nutrition de la mère, etc., sont peu satisfaisantes.

Dans certains cas, des thromboses physiologiques du placenta, supprimant fonctionnellement une partie de l'organe, peuvent entrer en ligne de compte.

La taille et le poids total placentaires ne paraissent pas jouer de rôle, car on observe souvent une dissociation nette entre le volume du placenta et celui de l'enfant.

Par contre, il serait intéressant de noter la surface des villosités placentaires. Celle-ci n'est pas parallèle à la taille de l'organe entier, et son rapport avec le poids de l'enfant paraît être plus constant: environ 100 gr. de poids d'enfant pour 2.000 cmc de surface villeuse.

Dans le développement de cette surface villeuse semblent intervenir des facteurs multiples: vitalité des germes (donc facteurs parentaux), qualité du sang maternel (facteur maternel), intensité de la circulation fœtale, etc.

La circulation intervilleuse joue également un rôle qui paraît non négligeable, ainsi que l'étendue de ces espaces intervilleux difficile à apprécier.

Tous ces facteurs encore mal connus paraissent agir sur le fonctionnement placentaire et, par conséquent, sur le développement fœtal.

Il s'y joint le rôle indiscutable du fonctionnement des glandes endocrines dont l'influence est prouvée par les essais expérimentaux sur l'animal et par des observations cliniques (thyroïde, hypophyse).

L'influence du groupe sanguin maternel identique ou différent de celui de l'enfant est plus difficile à établir. Enfin l'existence d'un facteur paternel déterminant la taille du fœtus peut être discutée.

Dans quelques cas en particulier, on a pu noter que la durée de la grossesse et le poids de l'enfant à terme semblaient subir l'influence du père; chez une même femme ayant eu des enfants de pères différents, l'accouchement se produisait dans les mêmes conditions de temps et de développement de l'enfant pour un même père.

Si ces diverses considérations ne peuvent encore servir de base à la recherche de la paternité, elles ont cependant une importance en ce qui concerne la physio-pathologie de la grossesse.

G. Dreyfus-Sée.

H. Siegmund. ***Recherches sur les relations entre l'hypophyse et l'œuf avec ses glandes*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXVI, n° 19, 10 Mai 1929). — L'interaction hypophyso-ovarienne est admise depuis longtemps, mais on discute sur la prédominance de l'une ou l'autre glande, en particulier en ce qui concerne le cycle œstrien.

D'après ses recherches expérimentales, S. défend la théorie de la prédominance ovarienne.

Par l'implantation de lobe antérieur d'hypophyse, il n'a pas réussi à déterminer une apparition prématurée de la fonction sexuelle chez l'animal. La quantité de glande greffée ou injectée joue d'ailleurs un rôle important et il faut augmenter les doses pour observer une action excitatrice nette.

Si l'on s'adresse à des femelles pleines avec de faibles doses de glande, aucune modification n'est obtenue, et ce fait vient appuyer encore la thèse de l'influence prédominante de l'œuf. En particulier, le rut ne peut être déclenché chez une femelle pleine même avec des doses considérables de lobe antérieur d'hypophyse; cependant, dans ce cas, on détermine des modifications ovulaires, une excitation du développement folliculaire et des altérations du corps jaune.

Les cordons folliculaires, le corps jaune et le placenta paraissent jouer un rôle accessoire glandulaire suppléant et complétant la sécrétion de l'œuf fécondé. Cette fonction glandulaire, étudiée à l'aide de multiples expériences par S., lui apparaît nettement primordiale, le rôle de l'hypophyse quoique important étant dominé et parfois inhibé par les sécrétions hormonales de l'œuf.

Physiologiquement, dans des conditions normales comportant une sécrétion hypophysaire plus réduite que lors des expériences sur l'animal, il ne se produit aucune ovulation aussi longtemps que l'œuf et ses glandes annexes déversent leurs produits hormonaux dans l'organisme maternel. Pendant cette période, l'œuf utilise le maximum de sécrétion pour son développement personnel et modifie profondément le fonctionnement des glandes de l'organisme adulte maternel. Ce n'est qu'après son élimination que l'action hypophysaire peut de nouveau intervenir dans l'établissement du cycle menstruel, favorisant et activant le développement ovulaire,

G. Dreyfus-Sée.

Nægeli. ***Essais d'une interprétation simple des processus immunitaires au cours de la syphilis et de la tuberculose*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXVI, n° 19, 10 Mai 1929). — Nombre de praticiens paraissent peu familiarisés encore avec les divers tests biologiques d'immunité et l'interprétation de certaines réponses de laboratoire est assez souvent vague ou défectueuse.

N. s'efforce, à l'aide de courbes simples, de rendre accessibles à tous les notions d'allergie, d'anergie, de phases cliniquement ou biologiquement latentes, qui caractérisent les diverses étapes de la tuberculose ou de la syphilis. Toutes ces périodes sont déterminées par les variations de l'équilibre entre le microbe causal (bacille de Koch ou spirochète), son antigène (tuberculine ou virus syphilitique) et les anticorps fournis par l'organisme atteint.

N. insiste en particulier sur les points suivants:

1° L'allergie commence avec les premières manifestations pathologiques et persiste tant que des anticorps spécifiques seront produits contre l'antigène nocif.

Elle existe même quand il est impossible de la mettre en évidence par les tests biologiques (tuberculino-réaction) ou sérologiques (déviation de complément.

Donc toute lésion anatomo-pathologique décelée par la clinique au cours de la tuberculose ou de la syphilis est à considérer comme une manifestation d'allergie;

2° Les réactions biologiques utilisables pour le diagnostic n'apparaissent que lorsqu'il y a excès d'anticorps utilisables. Dans les premiers stades, pendant l'incubation et au début de l'injection, elles manqueront donc le plus souvent, et de même, au cours de l'évolution, une poussée aiguë amenant un excès de micro-organismes sur les anticorps (phtisie aiguë) pourra négativer les tests biologiques. Plus difficile à interpréter est la négativation passagère des réactions au cours de la rougeole par exemple;

3° La réinfection est constituée par une nouvelle infection après guérison absolue de la 1re atteinte. Si, pratiquement, chez d'anciens syphilitiques, cliniquement et sérologiquement indemnes, on peut observer des cas de ce genre, il est impossible cependant d'affirmer qu'il ne s'agit sûrement pas de superinfection, la guérison bactériologique certaine ne pouvant être démontrée.

En ce qui concerne la tuberculose, nous ne possédons actuellement aucun critérium de guérison absolue qui nous permette de différencier réinfection et superinfection chez un malade ayant présenté antérieurement des signes de bacillose.

G. Dreyfus-Sée.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Berlin, Francfort, Munich, Vienne)

Franz Buschke. ***La courbe quotidienne du sucre du sang chez les diabétiques surinsulinisés et son rapport avec la constitution*** (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, n° 21, 21 Mai 1929). — Chez les diabétiques atteints d'une complication ou qui doivent être préparés pour une intervention, on pratique systématiquement, à la clinique de Umber, la surinsulinisation. Cette pratique a permis de constater que les réactions déterminées par une dose élevée d'insuline sont extrêmement variables. La crise d'hypoglycémie — sudation, tremblement, palpitation — est, dans ces circonstances, moins proportionnelle à l'abaissement absolu du sucre du sang qu'à la rapidité avec laquelle la glycémie atteint son niveau le plus bas. Dans ces conditions, il a paru nécessaire à B. d'étudier la sensibilité des divers malades et leur réaction à l'égard de l'insuline.

Ces recherches ont été faites alors qu'un régime constant était établi depuis quelques jours. On a déterminé la glycémie à jeun pendant la journée, le plus souvent toutes les 2 heures et parfois toutes les 4 heures.

Chez les diabétiques sévères, on a constaté, avec deux administrations d'insuline par jour, un abaissement du sang atteignant parfois des valeurs subnormales, suivi d'une réascension également rapide; avec trois administrations par jour on n'évite pas, à coup sûr, des oscillations marquées. Dans les diabètes légers, au contraire, il est beaucoup plus facile d'administrer l'insuline de manière à obtenir une courbe de glycémie à peu près horizontale. Mais, chez ces derniers malades, les facteurs constitutionnels jouent un rôle important.

D'une manière générale, il s'est montré que le type pycnique de Kretschmer réagit à l'égard de l'administration d'insuline par un abaissement du sucre du sang plus faible et plus lent que les asthéniques (leptosomes). Dans tous les cas, ce qui est décisif pour le diabétique, c'est l'état de son métabolisme. Dans les cas graves, la courbe est à pente rapide; mais toutes les courbes à pente rapide ne permettent pas de conclure à la gravité du trouble du métabolisme puisque les asthéniques, eux aussi, réagissent par une courbe de ce genre. Au contraire, une courbe horizontale permet de prévoir que l'appareil insulinique est relativement capable de fonctionner et donne, par conséquent, des indications pronostiques intéressantes.

La raison de ces faits, c'est que, chez le diabétique léger, il se produit, normalement, une certaine quantité d'insuline endogène. Cette production s'arrête lorsqu'on administre de l'insuline, de sorte qu'il n'y a pas de raison pour que la courbe de glycémie s'abaisse énormément. Dans le diabète sévère, qui ne fabrique plus d'hormone, ce mécanisme régulateur n'existe pas ou n'existe guère. Une conséquence pratique de ce fait, c'est qu'il est intéressant d'admi-

nistrer par périodes, à ces malades, des doses suffisantes d'insuline afin de mettre l'appareil insulinique au repos complet.

L'état constitutionnel qui fait que les pycniques réagissent moins peut être attribué à ce qu'il y a chez eux tendance à une production exagérée d'insuline qui, d'ailleurs, conduit à l'obésité. Il est possible aussi que l'adrénaline, l'hypophyse et la thyroïde interviennent dans ces phénomènes.

En somme, dans le traitement du diabète compliqué, l'idéal est d'obtenir une courbe de la glycémie aussi horizontale que possible et, pour cela, d'administrer de l'insuline plus souvent que deux fois par jour en suivant les indications données par la courbe quotidienne. Dans le diabète non compliqué, par contre, la glycosurie, les signes cliniques d'hypoglycémie et la valeur de la glycémie à jeun donnent des indications suffisantes et alors, en général, il n'y a pas besoin d'une administration fréquente d'insuline. Dans tous les cas, ce n'est guère que lorsque le sucre du sang à jeun est élevé qu'on peut craindre, soit chez des diabétiques sévères, soit chez des diabétiques asthéniques, un abaissement considérable du sucre du sang dans le courant de la journée.

P.-E. Morhardt.

K. Samson. ***La question de l'utilisation du liquide céphalo-rachidien sanglant*** (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, n° 21, 21 Mai 1929). — Il arrive que du sang se mélange au liquide céphalo-rachidien au cours d'une ponction et, alors, l'utilisation de ce liquide, dans un but diagnostique, comporte des difficultés au point de vue du nombre des cellules, de la réaction de l'albumine, de la réaction du mastic et de la réaction de Wassermann.

Pour obvier à ces difficultés, il est d'abord nécessaire, selon S., d'apprécier la quantité de sang qui s'est mélangée, et pour cela, de compter les érythrocytes. Toutes les fois qu'on trouve plus de 5 cellules dans un petit carré de l'appareil de Fuchs-Rosenthal (c'est-à-dire plus de 1.000/3 érythrocytes par millimètre cube), il faut compter ces cellules avec précision. Pour y arriver, on mélange le liquide à une solution salée physiologique dans la proportion de 10 à 1 ou dans une proportion encore plus élevée quand il y a trop de globules rouges. Ensuite, on centrifuge et on apprécie ainsi la teinte qui, quand elle est jaune, doit faire songer à une vieille hémorragie. Pour chaque millier d'érythrocytes, on doit compter 1 ou 2 leucocytes. Au cours de ses recherches, S. a mélangé au liquide céphalo-rachidien du sang recueilli par piqûre du doigt. Sur le liquide ainsi mélangé de sang, on ne peut pas pratiquer la réaction de Pandi; celle de Weichbrodt ne peut l'être que s'il y a moins de 5.000/3 hématies. En revanche, il est nécessaire d'étudier la relation des albumines, c'est-à-dire les proportions relatives d'albumine totale, de globuline précipitée par le sulfate d'ammonium à demi-saturation, de globuline et enfin de l'albumine. Tous ces chiffres sont donnés au moyen d'un tube à centrifuger décrit par S.

Parmi les réactions colloïdales, c'est surtout celle du mastic selon Kafka qui est adoptée par S. tandis que celle du sel d'or lui paraît trop sensible. La réaction du mastic ne donne pas de résultats anormaux jusqu'à 24.000/3 érythrocytes et doit être considérée comme positivement significative quand elle est observée dans ces conditions. Les précipités maxima, tels qu'on en observe dans la paralysie générale, ne peuvent d'ailleurs pas être produits par du sang.

S. donne ainsi une série d'indications, qu'on ne peut pas utilement résumer ici, sur la syphilis cérébrale, la paralysie générale après traitement par la malaria, la méningite, etc., et conclut en disant qu'il suffit de compter les érythrocytes d'un liquide céphalo-rachidien sanglant, de procéder à la réaction du mastic, de déterminer les relations des protéines, pour arriver à utiliser ce liquide au point de vue du diagnostic dans une très grande mesure à condition qu'on connaisse bien le comportement d'un liquide normal à ces trois points de vue.

P.-E. Morhardt.

E. Grafe et E. Gruenthal. ***Action isolée sur le métabolisme total par lésion du diencéphale*** (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, n° 22, 28 Mai 1929). — L'idée que le système nerveux possède une action inhibante sur le métabolisme normal remonte, comme le remarquent G. et G., aux expériences de Claude Bernard. Jusqu'ici cependant on n'était pas arrivé à mettre clairement en évidence une relation entre la base du cerveau et un trouble général du métabolisme. Quelques auteurs, comme Leschke et Schneider, sont même arrivés à la conclusion qu'un centre du métabolisme n'existe pas. Etant donné l'importance de cette question, G. et G. l'ont reprise en utilisant, pour provoquer une destruction bien limitée, I ou II gouttes d'une solution concentrée de nitrate d'argent qu'ils introduisent, chez le chien, après avoir découvert la base du cerveau, dans la région où ce centre doit être supposé et en ayant soin de ne pas léser l'hypophyse. Leurs premières expériences ont provoqué une mortalité considérable par choc et par arrêt de la respiration et du cœur. Plus tard, cependant, il fut possible d'abaisser cette mortalité à 50 pour 100 et de conserver les animaux restants autant qu'il est nécessaire pour faire des mesures de métabolisme.

Quand les animaux sont abattus, on enlève le cerveau avec l'hypophyse et on le fixe dans l'alcool. Le bloc contenant l'hypothalamus est débité en tranches de 30 μ qu'on colore au bleu de toluidine, ce qui met très clairement en évidence les lésions provoquées par l'injection. Dans ces lésions, les cellules nerveuses ont complètement disparu.

Le métabolisme de base a d'ailleurs été déterminé chez ces animaux avant l'opération, puis tous les jours après l'opération et, finalement, à des intervalles un peu plus longs, avec l'appareil universel de Grafe. Les animaux qui ne se tenaient pas tranquilles pendant les essais étaient éliminés.

Chez tous les animaux qui ont pu être examinés, on a constaté, soit immédiatement après l'opération, soit peu de temps après, une diminution des échanges de 7 à 36 pour 100, en général de 20 pour 100. Dans 2 cas, les échanges se sont élevés pendant 1 ou 3 jours pour ne s'abaisser qu'ultérieurement. Dans 3 cas, la température s'est élevée 1 ou 2 jours après l'opération parfois jusqu'à 40°. Dans tous les autres cas, elle a été normale et il n'a pas été constaté de troubles de la régulation thermique.

Les échanges d'albumine ont été examinés chez 4 animaux. Dans 1 cas il y a eu augmentation le 1er jour; chez cet animal le métabolisme a été également augmenté au début, de telle sorte qu'il apparaît ici une association étroite entre métabolisme total et échange d'albumines. Dans 2 cas, on a trouvé des traces de sucre le 1er jour, après l'opération; le sucre du sang n'a jamais été augmenté. Dans 3 cas, on a constaté une augmentation du poids du corps, c'est-à-dire une obésité d'origine cérébrale.

A ce travail sont joints 3 schémas de coupes de l'hypothalamus chez le chien, animal chez qui cette région est beaucoup plus différenciée que chez l'homme, car on y trouve 15 champs de structures différentes alors qu'on n'en trouve que 9 à 10 chez l'homme.

P.-E. Morhardt.

Harry Neumann. ***L'anémie pernicieuse des rats (anémie à « Bartonella ») peut-elle être considérée comme essentiellement apparentée à la maladie de Biermer?*** (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, n° 22, 28 Mai 1929). — Chez les rats splénectomisés, apparaît une anémie progressive et souvent mortelle, qualifiée par Lauda d'anémie pernicieuse, et dans laquelle on trouve des *Bartonella* qui ne semblent pas très différents des érythrocontes découverts par Victor Schilling dans l'anémie pernicieuse humaine. Telles sont les raisons pour lesquelles N. s'est demandé si les deux affections ne sont pas apparentées.

Pour résoudre cette question, il a soumis 10 rats adultes au régime habituel de pain blanc, additionné de 1 gr. de foie de bœuf pendant les 12 jours qui ont précédé la splénectomie. Pendant ces 12 jours, la proportion d'hémoglobine est restée constante, mais les animaux ont maigri, en moyenne, de 12 gr. La splénectomie pratiquée chez ces animaux a fait d'abord augmenter l'hémoglobine de 10 pour 100. Lorsque les *Bartonella* ont apparu, celle-ci a baissé aussitôt chez tous les animaux. Chez le seul rat témoin qui ait pu être utilement comparé aux animaux d'expérience, il n'y a pas eu d'augmentation au début et la chute de l'hémoglobine a été plutôt moins rapide. Chez des rats auxquels, au lieu de foie, on a donné de l'oxyde de fer, on a observé au début une ascension de l'hémoglobine de 14 p. 100; mais la chute ultérieure a présenté des caractères analogues à ceux des autres animaux. En somme, l'anémie paraît en relation directe avec la présence de *Bartonella* et tout à fait indépendante de l'alimentation.

La thérapeutique de l'anémie pernicieuse humaine par le foie rend peu vraisemblable l'hypothèse d'après laquelle cette maladie serait due à une infection. Il semble s'agir plutôt d'un trouble dans les échanges de protéine au niveau du foie. D'autre part, les érythrocontes se retrouvent non seulement dans l'anémie pernicieuse, mais encore chez les leucémiques et il paraît vraisemblable, d'après Landa et Flaum, qu'il s'agit de condensations protoplasmiques et non pas de germe pathogène.

Le facteur déterminant de l'anémie des rats est la splénectomie qui active une infection latente, tandis que la splénectomie agit souvent d'une façon favorable sur l'anémie pernicieuse de l'homme. En outre, dans la 1re de ces deux maladies on obtient des résultats remarquables avec des combinaisons organiques d'arsenic qui, par contre, se montrent sans aucun effet dans la maladie de Biermer. De même, les recherches de N., confirmant celles de Vedder, montrent que, dans l'anémie à *Bartonella*, l'administration de foie reste sans effet. Elle semblerait même aggraver l'infection.

Selon d'autres séries d'expériences de N., il ne paraît pas indifférent, quant à la marche de la maladie, que l'infection par *Bartonella* ait lieu spontanément, par piqûres de poux, aux premiers jours de l'existence, ou qu'elle soit due à une infection artificielle tardive. Dans ce dernier cas, la maladie se développe plus vite.

P.-E. Morhardt.

Fritz Lasch et Alfred Neumann. ***Le traitement des carcinomes par le bismuth selon la méthode de H. Kahn*** (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, n° 22, 28 Mai 1929). — L. et N. ont utilisé, dans le traitement de cancers inopérables, quelques-unes des préparations de Kahn, c'est-à-dire de bismuth additionné ou non de thorium ou de silicium. Ces préparations contenaient, en général, 60 milligr. de bismuth par 10 cmc. Quelques-unes d'entre elles se conservent pendant plusieurs mois dans la glacière sans précipiter. Il a été traité 8 malades avec les préparations de Kahn, administrées en même temps que les rayons X, et 10 malades avec la préparation de Kahn seule. Dans le 1er groupe il a été obtenu une fois une amélioration passagère et une autre fois une légère diminution d'une tumeur du sein. Dans tous les autres cas, le cours de la maladie n'a pas été influencé. Les préparations de Kahn sont bien supportées.

P.-E. Morhardt.

Bela Hajos et Bernward H. U. Mohrmann. ***L'idiosyncrasie pour les asperges*** (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, n° 22, 28 Mai 1929). — L'observation qui fait le fond de cette étude concerne une femme de 34 ans qui s'occupe depuis longtemps de cultiver une petite propriété plantée d'asperges. Sa mère souffre d'asthme. Depuis le début de la saison des asperges, cette femme présente pour la 1re fois (sauf une légère atteinte l'année précédente) une éruption étendue à toutes les parties habituellement découvertes du corps et caractérisée par des papules et des vésicules à contenu clair ou purulent, accompagnées de lésions de grattage. Il a été d'abord recherché sur elle dans quelle mesure une application *épicutanée* d'antigène (asperges crues ou asperges de conserve) détermine l'apparition d'une éruption. Pour cela, des fibres d'asperges ou un morceau de toile imbibé de suc d'asperge ont été appli-



DÉSINFECTION INTESTINALE

LACTOCHOL

Littérature et Echantillons · LABORATOIRES RÉUNIS "LOBICA" G. CHENAL Ph^ien 46, Avenue des Ternes, PARIS 17e



ANTI-SPASMODIQUE · HYPNOTIQUE de CHOIX · ANTI-ALGIQUE

A BASE DE

Diéthylmalonylurée - Extrait de Jusquiame - Intrait de Valériane

LIQUIDE *1 à 4 cuillerées à café* COMPRIMÉS *deux à quatre* AMPOULES *injections sous-cutanées*

Littérature et Échantillons : LABORATOIRES RÉUNIS LOBICA, G. CHENAL, Ph^ien, 46, Avenue des Ternes, PARIS (17e)





DÉSINFECTION INTESTINALE

ENTÉRITES - AUTO-INTOXICATIONS



ET DE BILE PURIFIÉE ET DÉPIGMENTÉE

A BASE DE CHLORAMINE T.

Comprimés Glutinisés.

DOSE: *2 Comprimés avant chaque repas*

LABORATOIRES RÉUNIS LOBICA
G. CHENAL, Ph^ien, 46, Av. des Ternes, Paris (17e)

OXYDANT
BACTÉRICIDE
DÉSODORISANT

qués sur la peau pendant quelques heures après scarification. On a déterminé ainsi l'apparition d'une dermatite caractéristique ainsi que des réactions de foyers au niveau des régions déjà atteintes. Par contre, il n'a pas été possible de constater chez cette malade une réactivité non spécifique à l'égard d'une série d'autres substances. Il s'agit donc d'une idiosyncrasie monovalente. L'administration d'asperges à l'intérieur n'a provoqué aucune réaction.

Des essais de transmission passive ont été tentés chez le lapin, sans aucun résultat. Chez une femme de contrôle, qui ne manifestait aucune réactivité particulière, on n'a pas pu réussir une transmission passive en injectant d'abord du sang de la malade sous la peau, puis, quelques heures plus tard, un extrait aqueux d'asperges dans l'orifice même où avait été pratiquée la 1re injection. H. et M. font remarquer à ce sujet que cet essai a peut-être été pratiqué trop tôt après la disparition de l'exanthème chez la malade.

En essayant de provoquer la crise hémoclasique de Widal, il n'a pas non plus été obtenu de résultats nets après administration orale. Par contre, en utilisant le sérum d'une vésicule de vésicatoire appliqué à la malade, on a pu déterminer, chez un homme, des démangeaisons, de la rougeur et du gonflement en appliquant, sur la peau scarifiée, du sérum de vésicatoire additionné d'antigène.

Avec des extraits de pellicules, il n'a pas été possible de déterminer la réaction de Storm Van Leeuwen chez la malade dont le métabolisme de base était augmenté de 30 pour 100 et l'action spécifique dynamique de 21 pour 100. Des essais de désensibilisation, pratiqués avec des extraits aqueux de concentrations croissantes, n'ont pu être poursuivis jusqu'à guérison. P.-E. Morhardt.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

Sihlec. ***Un signe nouveau de la tuberculose au début*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLII, nº 18, 2 Mai 1929). — Il est fréquent de ne retrouver aucun signe clinique de tuberculose à l'auscultation alors que l'état général est nettement atteint, que le malade s'amaigrit, que ses forces déclinent. L'examen radiologique est bien souvent négatif, l'examen bacilloscopique impossible puisque le malade ne crache pas. S. préconise l'auscultation dans le décubitus latéral droit ou gauche; dans cette position, en effet, les conditions physiques du poumon sont modifiées et certains bruits pathologiques inaudibles en position verticale se font alors entendre. S. cite à l'appui de son opinion une observation particulièrement démonstrative. G. Basch.

ACTA CHIRURGICA SCANDINAVICA (*Stockholm*)

Sten von Stapelmohr (de Landskrona). ***Sur les craquements de l'articulation temporo-maxillaire et les luxations habituelles de la mâchoire*** (*Acta chirurgica scandinavica*, tome LXV, fasc. 1, 24 Mai 1929). — Les luxations simples de la mâchoire sont fréquentes; les luxations habituelles ne semblent pas être très rares. Les craquements pathologiques perceptibles à l'oreille, qui se produisent en ouvrant la bouche, très rarement en la fermant, deviennent souvent plus tard de véritables luxations avec accrochements : c'est ce qu'on appelle les luxations « habituelles » qui constituent un état très désagréable, puisque la mâchoire reste accrochée au moindre bâillement ou lorsque le malade ouvre la bouche un peu trop. Bien qu'il n'y ait pas toujours restriction, diminution dans le fonctionnement, le malade souffre beaucoup des craquements seuls qui arrivent à créer, par la gêne qu'ils entraînent, un état nerveux. S. a retrouvé 56 cas de cette affection dans la littérature et en rapporte 13 inédits.

Dans 27 cas, il y avait uniquement des craquements; dans 35 cas, luxation continue à bouche grande ouverte; dans 7 cas, enfin, il s'agissait de constrictions intermittentes à bouche fermée ou demi-fermée. La maladie s'est déclarée avant 30 ans dans 91 pour 100 des cas; avant 20 ans, dans 49 pour 100; dans 1 cas, au-dessous de 1 an. Deux tiers des malades sont des femmes. Les 2/3 des cas sont unilatéraux.

Souvent, l'affection paraît avoir débuté spontanément; on n'arrive pas en trouver l'étiologie. Dans 20 pour 100 des cas, la maladie a succédé à la mastication de quelque chose de dur, à un bâillement, à un rire convulsif ou à un coup sur la mâchoire; dans quelques cas, elle est survenue après une infection ou un traitement dentaire. Dans 3 observations de S., une anomalie du siège ou du nombre des dents semblait en être la cause. Dans d'autres cas, on a invoqué des dispositions congénitales, une affection nerveuse, comme l'épilepsie, une maladie infectieuse qui aurait provoqué une arthrite.

L'intervention a presque toujours permis de constater une altération du ménisque et des ligaments.

L'opération est indiquée lorsque les symptômes ne disparaissent pas spontanément ou s'aggravent. La technique de choix est celle indiquée par Kongetzny. Dans les cas légers où la luxation n'est pas encore fréquente, on peut se contenter d'une simple extirpation des ménisques.

S. a opéré 8 cas, dont 3 des deux côtés, avec constamment succès au point de vue fonctionnel et esthétique. La guérison s'est maintenue dans un cas depuis plus de 3 ans. Robert Clément.

L. Arntzen et A. Helsted (de Copenhague). ***Désinvagination sous l'écran radioscopique dans l'invagination intestinale aiguë de l'enfant*** (*Acta chirurgica scandinavica*, tome LXV, fasc. 1, 24 Mai 1929). — Chez deux enfants, âgés respectivement de 7 mois et 8 ans, A. et H. ont pratiqué un lavement opaque sous l'écran radioscopique qui a permis de vérifier l'existence d'une invagination du côlon et ont réussi à opérer la réduction de l'invagination sous le contrôle des rayons X. Ils publient les clichés radiologiques de ces deux cas avant, pendant et après réduction de la désinvagination intestinale. Ils montrent les avantages de cette méthode au point de vue diagnostic et thérapeutique, et conseillent son emploi dans tous les cas où l'on a lieu de soupçonner une invagination intestinale aiguë chez l'enfant. Robert Clément.

ANNALS OF SURGERY (*Chicago*)

F. H. Albee (New-York) ***Arthrodèse extra-articulaire de la hanche*** (*Annals of Surgery*, t. LXXXIX, nº 3, Mars 1929). — Tandis que la tuberculose de la hanche est très défavorable à l'arthrodèse intra-articulaire, l'arthrodèse extraarticulaire y donne au contraire d'excellents résultats. A. l'a pratiquée en effet depuis 1913 dans 31 cas avec succès; ces cas ont été suivis de 1 à 12 ans après l'opération, avec une moyenne de 6 ans 1/2. Les radiographies prises quelques mois après l'opération montrent les greffons solidement en place; celles qui sont prises plusieurs années après révèlent une prolifération osseuse marquée.

Il existe plusieurs procédés d'arthrodèse extraarticulaire, et il y a avantage pour le chirurgien à utiliser l'un ou l'autre d'entre eux suivant l'état anatomique de la lésion. Le greffon devant s'étendre du trochanter à la face externe de l'ilion au-dessus du sourcil cotyloïdien, il y a lieu en effet de tenir compte de la distance qui sépare ces deux surfaces osseuses, distance variant avec le degré de destruction des extrémités articulaires, et avec l'adduction et la flexion de la cuisse.

A. classe les divers procédés en 4 groupes, dont l'ordre correspond à des trochanters de plus en plus rapprochés de l'aile iliaque.

1º Le trochanter étant situé loin, on doit avoir recours à 2 greffons osseux empruntés au tibia ou à l'extrémité supérieure de la diaphyse fémorale. Après réduction de l'adduction, les 2 greffons, légèrement divergents en haut, sont solidement fixés, d'une part, dans 2 mortaises taillées dans la face externe de l'aile iliaque, d'autre part, dans 2 gouttières creusées sur la face externe et le bord supérieur du grand trochanter;

2º Une forte greffe osseuse, comprenant un cinquième de l'épaisseur de la diaphyse, est taillée aux dépens de la face externe du fémur, depuis le sommet du grand trochanter jusqu'à 15 cm. plus bas. Elle conserve le pédicule formé par l'insertion des muscles trochantériens. En la faisant pivoter autour d'un axe passant par la partie moyenne du grand trochanter, son extrémité inférieure, devenue supérieure, vient se loger sous un volet osseux taillé aux dépens de la face externe de l'aile iliaque;

3º Une large lame osseuse détachée de l'aile iliaque peut être abaissée par glissement et insérée par sa moitié inférieure dans une fente sagittale taillée dans le grand trochanter;

4º Enfin, quand le grand trochanter est très rapproché de l'ilion, il peut être avivé sur ses faces externe et interne, et inséré lui-même directement sous un volet taillé sur la face externe de l'aile iliaque.

Pour tous ces procédés A. insiste sur l'utilité de greffons suffisamment longs, larges et épais et de mortaises soigneusement taillées pour les recevoir. Les greffons mortaisés sont de beaucoup supérieurs aux greffons libres. L'usage de la scie à moteur présente de grands avantages.

L'arthrodèse extra-articulaire est indiquée chez les grands enfants et les adultes : 1º quand il y a persistance de l'abduction malgré tous les efforts; 2º si même elle persiste après ostéotomie; 3º si les rayons X révèlent une destruction marquée de la tête ou de l'acétabulum; 4º s'il y a des symptômes de tuberculose active; 5º chez l'adulte, même si la destruction osseuse est modérée.

Outre le résumé de ses 31 cas, A. donne 8 observations plus détaillées parmi lesquelles celle d'une enfant opérée à 11 ans, qui fut guérie, et chez laquelle on put, 5 ans plus tard, rompre l'arthrodèse et obtenir par une arthroplastie des mouvements étendus de la hanche. M. Guimbellot.

NEW ORLEANS MEDICAL and SURGICAL JOURNAL

L. Bénédict et Charles W. Rucher (de Rochester). ***L'usage des protéines étrangères dans le traitement des maladies de l'œil*** (*New Orleans medical and surgical Journal*, tome LXXXI, nº 11, Mai 1929). — B. et R. se sont adressés au lait, à un vaccin typhoïdique et au sérum antidiphtérique. Ils ont constaté que le lait bouilli est une des protéines les plus sûres à utiliser. Ils n'ont pas observé avec d'accidents anaphylactiques. Quelques malades ne réagissent pas à l'injection d'une protéine, on peut chez eux essayer les autres.

L'âge du malade n'a aucune influence sur l'efficacité du traitement. Le traitement doit être continué assez longtemps et les doses de protéines être assez considérables pour déterminer un effet thérapeutique.

La protéinothérapie est un appoint au traitement général et local qui a une valeur dans les maladies inflammatoires précoces de l'œil et peut être utilisée largement à l'hôpital. Sa valeur serait moindre chez les malades ambulatoires.

La médication fut efficace dans 14 cas sur 17 d'iritis; dans 2 cas sur 3 d'irido-cyclite; dans 4 cas sur 6 de sclérite; dans 6 cas d'inflammation de l'uvée. Elle échoua dans 1 cas de panophtalmie, etc... Robert Clément.

Piqûres d'insectes

(Traitement) **PIQURES D'INSECTES**

La place nous manquerait pour parler de tous les insectes pathogènes étudiés dans les ouvrages de parasitologie (E. Brumpt) : maladie du sommeil (mouche tsé-tsé), paludisme (anophèles), fièvre jaune (stegomyia), pou (typhus exanthématique), puce de chien (kala-azar), puce de rat (peste), charbon (mouche), etc. Nous voulons nous borner à l'étude sommaire des piqûres de puces, punaises, mouches, guêpes, frelons, abeilles, taons, rougets, poux de tête, tous insectes des climats tempérés.

Les poux de tête, si communs chez les enfants pauvres ou mal tenus, par les grattages qu'ils provoquent, ouvrent la porte à l'impétigo et aux pyodermites, aux phlegmasies cutanées et ganglionnaires, aux abcès cervicaux, lymphangites et érysipèles. Les poux de corps, en Afrique du Nord et dans certains pays de l'Europe, peuvent véhiculer le typhus. Un épouillage soigné s'impose.

Les puces et punaises des habitations provoquent des lésions urticariennes douloureuses et obsédantes qu'on atténuera par divers topiques et qu'on préviendra par la destruction de ces insectes. Dans certaines circonstances, la dératisation en grand préviendra la peste.

La mouche vulgaire, domestique, si gênante, non seulement par sa piqûre, mais encore par ses contacts malpropres avec nos aliments, doit être pourchassée et détruite. Elle joue peut-être un rôle dans la propagation de la dysenterie, du paratyphus, du trachome.

Les culicidés de nos climats, s'ils n'inoculent pas la malaria, causent des démangeaisons atroces, des dermites œdémateuses, des lymphangites. On doit en poursuivre la destruction au voisinage de nos habitations, à la ville comme à la campagne.

Les piqûres d'autres insectes ne sont pas moins cruelles. Les taons qui s'acharnent contre les chevaux et les bovidés piquent parfois l'homme, déterminant la formation d'un gonflement inflammatoire douloureux et étendu. Les hyménoptères porte-aiguillon (abeilles, guêpes, frelons) nous menacent plus directement; à chaque piqûre, l'aiguillon reste dans la plaie, causant un prurit intolérable suivi d'une vive réaction inflammatoire ; si la piqûre a porté sur la muqueuse buccale, l'œdème qui en résulte n'est pas sans danger ; enfin si les piqûres sont multiples et simultanées (personnes assaillies par un essaim de guêpes ou d'abeilles), mort possible.

Des piqûres d'insectes, on peut rapprocher le contact irritant des poils de certaines chenilles (la processsionnaire du pin par exemple). Dans les Landes, de Mai à Juillet, ces poils, transportés par le vent, causent de véritables épidémies : angines, conjonctivites, bronchites spasmodiques, urticaire, prurit.

En Bretagne et dans le sud de l'Angleterre, la liparis des haies, pendant la saison chaude, présente les mêmes inconvénients.

Enfin il existe un petit insecte, le rouget, non moins prurigineux.

D'après P. Fabre (*Progrès médical*, 29 Oct 1904), la piqûre du frelon causerait la syncope, l'algidité, le collapsus.

1° Contre la piqûre des hyménoptères porte-aiguillon (abeilles, guêpes, frelons), on retire l'aiguillon avec la pointe d'une épingle flambée, on suce la plaie et on lotionne avec le néol à 1/5 ou la liqueur de Van Swieten ;

2° A. Pugnat (*Rev. méd. de la Suisse Rom.*, 25 Mars 1929) recommande les lotions avec une teinture d'aloès :

Poudre d'aloès	20 gr.
Alcool à 60°	100 gr.

Filtrer après macération de 5 à 6 jours.

3° On peut encore toucher la plaie avec la teinture d'iode, l'ammoniaque liquide, ou faire des frictions avec le vinaigre, l'alcool camphré, l'essence de térébenthine ;

4° Contre l'intoxication générale par des piqûres multipliées de guêpes ou d'abeilles, au traitement local on ajoutera les injections de sérum antivenimeux de Calmette : 20 cmc ;

5° Le Dr Labesse onctionne les piqûres de rouget avec :

Benzine	60 gr.
Huile de vaseline	30 gr.
Naphtaline	} àà 2 gr.
Essence d'antropogon citratus	

6° Pour chasser les insectes d'une chambre ou autre pièce d'appartement, le Dr Manquat verse dans une assiette :

Formol à 40 pour 100 du commerce	5 gr.
Alcool à 90°	} àà 10 gr.
Eau	

7° En éloignant les fumiers qui servent de milieu de culture aux mouches, on sera moins incommodé par ces insectes ;

8° Des onctions cutanées préviendront les piqûres :

Glycérolé d'amidon	100 gr.
Baume du Pérou	5 gr.
Acide phénique	1 gr. 50
Menthol	0 gr. 60

9° La désinfection par les vapeurs de soufre ou de formol débarrassera les appartements des puces et punaises ; des lampes à dégagement d'ozone ou de formol sont utiles ;

10° Les poux de tête seront aisément détruits après coupe rase des cheveux ou frictions à l'onguent napolitain quand on ne veut pas sacrifier la chevelure. Pour les poux de corps, outre l'épouillage, on fera passer les vêtements à l'étuve ;

11° Contre les moustiques, il faut détruire leurs gîtes, c'est-à-dire faire disparaître les flaques d'eau du voisinage. Les mares et les étangs seront peuplés de poissons insectivores ou bien recouverts d'huile de pétrole. On se préserve des piqûres par les moustiquaires d'appartement et les grillages des portes et fenêtres.

J. Comby.

Traitement étiologique des anémies

(Traitement) **ANÉMIES**

Anémie par hémorragies. — *Pour remédier à la spoliation sanguine*, faire des injections sous-cutanées ou intraveineuses de 250 à 500 cmc de solution saline physiologique. Dans les grandes hémorragies, *transfusion de 300 à 500 cmc de sang.* Dans les *anémies chroniques graves par petites hémorragies répétées*, intervention chirurgicale précédée de transfusion.

Anémie dans les maladies infectieuses. — Recourir au *traitement spécifique* quand il est possible (salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu). Dans les anémies graves, petites transfusions sous-cutanées répétées (20 à 40 cmc).

Les *anémies pernicieuses cryptogénétiques* ont souvent pour cause des infections chroniques surtout de la bouche et du pharynx; ablation des foyers d'infection : amygdales, appendice, vésicule biliaire, etc.

Anémie syphilitique. — Injections sous-cutanées de petites doses de novarsénobenzol ou de sulfarsénol (les fortes doses intraveineuses aggravent parfois l'anémie); ou bien utiliser Bi ou Hg.

Anémie tuberculeuse. — Dans les formes fébriles ou congestives, ni fer, ni arsenic. Utiliser plutôt le bioxyde de manganèse.

Anémie palustre. — *Associer l'arsenic* à la quinine. *Cure de Vichy* associée à une *cure à la Bourboule* : *séjour à une altitude moyenne.* S'il y a *cachexie avec splénomégalie*, splénectomie.

Anémie dans la leishmaniose. — Injection intraveineuse d'une préparation d'antimoine (acido-amino-phényl stibinate de sodium), tous les deux jours.

Anémie due au bothriocéphale. — Capsules d'extrait éthéré de fougères mâles.

Anémie due à l'ankylostome. — Thymol ou huile essentielle de chénopode ou tétrachlorure de carbone.

Anémie due au tricocéphale. — Thymol.

Anémie due aux tænias. — Extrait éthéré de fougères mâles.

Anémie due aux ascaris. — Semen contra ou santonine.

Anémie due aux oxyures. — Six jours de suite, carbonate de bismuth à haute dose (20 à 30 gr. par jour), lavements d'eau d'Enghien, pommade anale à l'oxyde jaune Hg du Codex.

Anémie dans les intoxications. — Suppression du toxique (oxyde de carbone, etc.) ou des intoxications professionnelles (saturnisme, etc.).

Anémie dans les syndromes de dysfonctionnement endocrinien. — Opothérapie uni- ou pluri-glandulaire. Par exemple, dans les chloro-anémies de la puberté ou de la ménopause, donner des extraits de glandes génitales (ovaires et testicules) associés à l'extrait thyroïdien à petites doses, de préférence en injections sous-cutanées.

Anémies dans les cancers. — Deviennent rapidement graves. Intervenir quand il est possible, chirurgicalement ou par la radio- ou radiumthérapie.

Anémie dans les sténoses pyloriques. — Gastro-entérostomie.

Anémie dans les dyspepsies simples. — Régime alimentaire. Stimulant des fonctions gastriques (dyspeptine, acide chlorhydrique).

Anémie dans les entérites. — Régime alimentaire surtout.

Anémie dans les néphrites albumineuses simples. — Ne pas maintenir le malade à un régime trop strict, en particulier au régime lacté exclusif.

Anémie dans les néphrites avec rétention chlorurée. — A l'exclusion de sel, donner un régime le plus varié possible avec aliments riches en fer. Les préparations arsenicales sont souvent un adjuvant précieux.

Anémie dans les néphrites azotémiques. — Traiter surtout l'insuffisance rénale. En cas d'anémie pernicieuse, associer le traitement symptomatique, d'ailleurs peu efficace : injections sous-cutanées d'oxygène ; petites transfusions intraveineuses ou sous-cutanées.

Anémie dans les états hémorragiques, le purpura, l'hémophilie. — Injections de sérum de cheval, de sérum sérique de Dufour et Le Hello, et de 10 cmc d'une solution de peptone à 5 pour 100 (tous les huit jours).

Anémie dans les états hémolytiques. — Cholestérine. Protoxalate de fer. Splénectomie dans certains cas avec splénomégalie et ictère.

Anémie dans les leucémies. — Radiothérapie.

Anémie splénomégalique. — Splénectomie.

Anémie dans la grossesse. — Se méfier de l'arsenic. Donner plutôt du fer. *En cas d'anémie pernicieuse*, laisser évoluer la grossesse. Faire un traitement symptomatique : opothérapie médullaire ; sérum hémopoïétique ; petites transfusions sous-cutanées répétées. Si la syphilis est en cause : injections intraveineuses de novarsénobenzol.

Anémie cryptogénétique. — Essayer d'abord la médication symptomatique et insister sur la désinfection gastro-intestinale. Si elle n'est pas efficace, tenter successivement trois traitements : anthelminthique, opothérapique, antisyphilitique.

Si on n'a pas de succès, faire de *petites transfusions sous-cutanées de sang* : 20 cmc, une à deux fois par semaine, pendant six à huit semaines : injections d'oxygène une à deux fois par jour : 100 à 200 cmc.

A. Lutier.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MÉDECINE
(*Paris*)

Petzetakis (Alexandrie) ***De la réalité de la cholécystite amibienne*** (*Annales de Médecine*, tome XXVI, n° 1, Juin 1929). — Il existe une *cholécystite amibienne vraie* qui doit entrer dans le cadre nosologique des affections des voies biliaires.

L'existence de cette cholécystite amibienne est prouvée : d'une part, par la constatation directe des amibes dans le pus vésiculaire, dans les vomissements bilieux ou dans le liquide retiré après tubage duodénal et, d'autre part, par l'influence heureuse et rapide du traitement spécifique sur les symptômes cliniques et les phénomènss locaux ou généraux.

La cholécystite amibienne, dans quelques cas, est *primitive*, autrement dit indépendante de toute affection hépatique ou intestinale d'origine amibienne. Elle peut être aussi *secondaire*, soit qu'on trouve dans les antécédants une ancienne dysenterie, soit qu'elle coexiste avec des troubles intestinaux chroniques d'origine amibienne, réalisant parfois le type d'une typho-cholécystite, soit que l'inflammation aiguë de la vésicule s'associe — ce qui est plus exceptionnel — à une crise de dysenterie amibienne aiguë. Elle peut s'observer aussi au cours d'une simple congestion du foie ou d'une hépatite avec coexistence ou non de dysenterie amibienne : en pareil cas, il est parfois difficile de préciser quel a été l'organe atteint en premier lieu; souvent c'est l'affection de la vésicule biliaire qui a débuté.

Il existe aussi une *cholécystite calculeuse amibienne*. D'après P., l'infection amibienne des voies biliaires interviendrait dans nombre de cas comme cause favorisante de la lithiase biliaire.

Au point de vue pathogénique, l'infection des voies biliaires pourrait se faire par voie ascendante et, plus difficilement (pour des raisons anatomiques), par voie hépatique. Par contre, la *voie hématique* est la plus probable et celle qui explique le mieux tous les cas cliniques. L'infection de la vésicule biliaire se fait au cours de « l'amibhémie » qui se produit dans le stade initial de l'infection amibienne le plus souvent méconnu.

Au point de vue thérapeutique, on appliquera le traitement classique émétino-arsenical qui agira rapidement sur l'inflammation vésiculaire. On comprend ainsi aisément l'importance du diagnostic précoce de la nature de l'infection en pareil cas.

8 observations personnelles accompagnent ce travail qui démontrent la réalité de la cholécystite amibienne et l'efficacité du traitement émétinien.

ANNALES des MALADIES VÉNÉRIENNES

P. Boyer. ***Bibliographie du bismuth*** (*Annales des Maladies vénériennes*, tome XXIV, n° 6 *bis* [Supplément], Juin 1929). — Dans ce numéro de près de 200 pages, B. a réuni, classées par ordre alphabétique des auteurs, les fiches bibliographiques du bismuth éparses dans la littérature médico-biologique.

Les références des articles parus dans des revues étrangères difficiles à se procurer sont accompagnées de la référence des *Zentralblatt für Haut u. Geschlatheskrank., Chemische Centralblatt, Ber. de ges. Physiol. Chemical abstraict.* Ce numéro sera des plus utiles à tous ceux qui s'occupent de syphiligraphie, et c'est à ce titre que nous avons cru devoir le signaler ici.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

R. Bertoin. ***Syndrome hyperthermique post-opératoire chez le nourrisson : essai pathogénique*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome X, n° 229, 20 Juillet 1929). — On a décrit récemment un « syndrome de la mort rapide du nourrisson opéré, avec pâleur et hyperthermie » qui a été observé notamment après un certain nombre d'interventions portant sur la mastoïde.

La pathogénie en demeure obscure : l'hémorragie, l'anesthésie générale, la septicémie suraiguë, le choc toxique, une lésion du thymus ne sauraient expliquer tous les cas; peut-être est-il possible d'envisager une altération de la zone médullaire de la glande surrénale.

L'auteur rapporte une observation dans laquelle un nourrisson présenta un syndrome hyperthermique typique et chez qui, à deux reprises, la ponction lombaire amena une amélioration indéniable. On peut émettre l'hypothèse qu'il s'est agi d'une crise d'hypertension intracranienne déterminée par une décharge de toxines ou par voie sympathique et agissant sur les centres thermiques du mésocéphale.

J. Rebattu. ***Le vertige de Ménière et son traitement*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome X, n° 229, 20 Juillet 1929). — Le vertige décrit par Ménière est un vertige violent, avec chute, sans perte de connaissance, précédé d'un bruit subjectif intense, et laissant après lui une surdité irrémédiable. A côté de cette forme aiguë paroxystique, il existe des formes atténuées, des formes frustes et des formes chroniques entrecoupées d'épisodes aigus, enfin la forme si particulière du « vertige qui fait entendre », décrite par Lermoyez.

Le vertige de Ménière peut être réalisé par une hémorragie labyrinthique, par un trouble fonctionnel ischémique ou vaso-dilatateur (par dystonie végétative), ou par une hypertension du liquide endolymphatique. La syphilis (acquise ou héréditaire) semble être souvent à l'origine du vertige de Ménière.

Au traitement classique (quinine, pilocarpine, etc.), on tend à substituer les médicaments à action vasomotrice, notamment l'adrénaline. Mais le traitement spécifique devra être institué d'une façon presque systématique; il donnera souvent d'excellents résultats, plus en ce qui concerne les vertiges qu'en ce qui concerne la surdité. Ce n'est que dans les cas rebelles que l'on pourra être autorisé à recourir à la ponction lombaire et aux différentes interventions chirurgicales (trépanation décompressive, ouverture du sac endolymphatique, ouverture du labyrinthe, etc.).

MARSEILLE MÉDICAL

A. Rouslacroix. ***Cinq observations de thoracectomie précordiale (opération de Brauer) pour symphyse du péricarde*** (*Marseille médical*, an. LXVI, n° 3, 25 Janvier 1929). — R. a réuni dans ce mémoire les observations détaillées, avec radiographies, de 5 malades soumis à l'opération de Brauer pour syndromes symphysaires liés à des adhérences médiastino-péricardiques externes et internes (diagnostic confirmé pour tous les cas par les constatations opératoires et 2 fois à l'autopsie).

Obs. I. — Homme 17 ans. Symphyse consécutive à une péricardite traumatique. Amélioration considérable et rapide, suivie de la reprise complète de la profession (garçon de restaurant). Survie : près de 5 ans. Décès en Avril 1929 par néphrite aiguë et urémie.

Obs. II. — Homme 17 ans. Médiastino-péricardite calleuse d'origine incertaine, avec épilepsie cardiaque. Amélioration très marquée; disparition des crises. Survie : 23 mois.

Obs. III. — Homme 33 ans. Symphyse rhumatismale avec lésions orificielles endocarditiques (rétrécissement mitral et sous-aortique). Opération sur demande formelle du malade. Mort subite par syncope le soir de l'intervention.

Obs. IV. — Femme 16 ans. Symphyse et médiastinite d'origine rhumatismale. Indications opératoires posées en Mai 1924. Opérée seulement le 24 Février 1926. Amélioration notable des troubles circulatoires. Survie : 5 mois. Décès par insuffisance hépatique.

Obs. V. — Femme 17 ans. Péricardite adhésive diffuse et médiastinite rhumatismale. Véritable infirme cardiaque avant l'opération. Depuis celle-ci, le 24 Janvier 1928, a repris toutes ses occupations et se considère comme guérie.

Du point de vue chirurgical, les interventions, pratiquées par V. Aubert et G. Bonnal, chirurgiens des hôpitaux, ont comporté la résection antérieure sous-périostée de 2 à 4 côtes, après anesthésie locale à la novocaïne, selon la technique habituelle, sans incidents.

Contrairement à ce qu'on pourrait craindre sur de pareils sujets, le choc opératoire est peu intense et ne doit pas arrêter le chirurgien, même chez des hyposystoliques, sous réserve d'une collaboration médicale étroite.

Seules, l'ancienneté trop grande de l'insuffisance cardiaque, la coexistence de lésions orificielles organiques importantes, la défaillance du foie ou du rein, des lésions tuberculeuses en évolution, constituent des contre-indications formelles.

La thoracectomie, pratiquée en temps utile, donne des résultats remarquables, parfois surprenants : disparition immédiate des douleurs thoraciques et des troubles nerveux qui en découlent, disparition rapide des œdèmes, de l'ascite, de la stase pulmonaire. Cette régression résulte uniquement de la libération du cœur, car les signes objectifs de la dilatation des diverses cavités se modifient très lentement.

Du point de vue médical, le diagnostic des adhérences médiastino-péricardiques occupe le premier plan. Celui-ci résulte d'une observation attentive et prolongée des malades, en tenant un juste compte de tous les signes classiques. En dehors de ceux-ci, R. attribue la plus grande importance à l'existence d'une *asystolie douloureuse, radioscopiquement irréductible* (douleurs thoraciques constrictives souvent à type angineux; dissociation entre une amélioration fonctionnelle thérapeutique et l'invariabilité de l'ombre cardio-hépatique). Il décrit deux symptômes nouveaux : 1° un frémissement diastolique indépendant de tout rétrécissement mitral; 2° le souffle diastolique aortique variable, plus intense dans le décubitus horizontal que dans la station verticale.

LA NORMANDIE MÉDICALE
(*Rouen*)

A. Derocque (Rouen) ***Un cas de tétanos après opération aseptique sur le pied*** (*La Normandie médicale*, tome XL, n° 7, Juillet 1929). — Une jeune fille de 22 ans est opérée pour pied bot valgus équin paralytique droit, le 6 Mai 1929. D. pratique une double arthrodèse avec ténoplastie du tendon d'Achille. Suites d'abord simples : un pansement fait au 5e jour montre le bon aspect de la plaie opératoire. Mais, au 7e jour, l'opérée présente un très léger trismus; le lendemain, celui-ci est devenu intense, il existe une raideur marquée des muscles de la nuque. Les autres muscles, en particulier ceux du membre opéré, sont indemnes. Pas de crises spasmodiques. Pas de température. On fait une injection de 150 cmc sous-cutanée de sérum antitétanique purifié. La malade meurt le surlendemain 15 Mai, le 9e jour après l'opération, 36 heures après le début du tétanos. La plaie opératoire présentait toujours un très bon aspect, sans trace de sphacèle.

Cette observation navrante pose une fois de plus le problème du tétanos post-opératoire. D. ne pense pas qu'on puisse ici incriminer le catgut qui appartenait à des lots utilisés journellement dans son service. Il retient surtout qu'il s'agissait d'une intervention portant sur le pied et il se demande si cette fille de la campagne ne s'était pas antérieurement,

· TUBERCULOSE · LYMPHATISME · ANÉMIE ·

TRICALCINE



MÉTHYLARSINÉE

RECONSTITUANT
LE PLUS PUISSANT · LE PLUS SCIENTIFIQUE
LE PLUS RATIONNEL

LA
RÉCALCIFICATION
Ne peut être ASSURÉE
d'une façon CERTAINE
et PRATIQUE

QUE PAR LA TRICALCINE ET PAR
SES ASSOCIATIONS MÉDICAMENTEUSES

La TRICALCINE MÉTHYLARSINÉE
est l'association la plus active. L'arsenic organique diminue les pertes phosphorées. » Pr ROBIN.

TUBERCULOSE PULMONAIRE - OSSEUSE
PÉRITONITE TUBERCULEUSE
RACHITISME CROISSANCE
NEURASTHÉNIE CONVALESCENCES
FRACTURES TROUBLES DE DENTITION
CARIE DENTAIRE

La TRICALCINE MÉTHYLARSINÉE est vendue en Boîtes de 60 cachets dosés exactement à 0 gr. 01 de Méthylarsinate de soude chimiquement pur.

ADULTES : 3 cachets par jour. *ENFANTS : 1 à 2 cachets par jour.*

SE MÉFIER DES IMITATIONS ET DES SIMILITUDES DE NOM
BIEN SPÉCIFIER " TRICALCINE "

Échantillons et Littérature gratuits sur demandes aux Docteurs, Hôpitaux, Ambulances
LABORATOIRE DES PRODUITS " SCIENTIA " Dr E. PERRAUDIN, PH^{ien} DE 1re CL. 21 RUE CHAPTAL · PARIS

· DYSPEPSIE NERVEUSE · TUBERCULOSE ·

· CROISSANCE · RACHITISME · SCROFULOSE · DIABÈTE ·

CARIE DENTAIRE · TROUBLES DE DENTITION

en marchant sur des terres tétanigènes, inoculé des spores dans l'épaisseur même du derme, donc à l'abri des savonnages les plus soigneux et des applications de teinture d'iode.

Il ajoute que, l'an dernier, il a reçu dans son service, 2 jours avant sa mort, un tétanique, dont l'infection s'était déclarée à la suite d'une petite intervention pour durillon d'un orteil ; or, cette intervention avait été pratiquée par un confrère dont l'éducation chirurgicale garantissait l'asepsie opératoire.

Ces deux observations personnelles ne sont d'ailleurs pas des faits absolument isolés, et D. cite des observations analogues récentes de Königswisser (1926) et de Strebel (1927) :

1° Jeune homme de 19 ans, ayant subi une arthrodèse du cou-de-pied, mort en 24 heures d'un tétanos qui avait débuté le 12e jour ;

2° Jeune homme de 14 ans, arthrodèse du cou-de-pied : tétanos au 8e jour, mort au 12e jour ;

3° Jeune homme de 17 ans, opération pour pied creux : tétanos au 6e jour, mort le lendemain ;

4° Jeune homme de 17 ans, opéré pour pied creux, puis plâtré : le 5e jour, brusque céphalée, puis apparition rapide du trismus et d'opisthotonos, mort en quelques heures. La plaie était en voie de cicatrisation normale.

Toutes ces observations sont absolument superposables : individus jeunes, interventions aseptiques sur le pied, tétanos à *forme suraiguë*.

Et D. se demande si, avant de pratiquer une intervention même aseptique sur le pied, il ne serait pas prudent de faire une injection préventive du sérum antitétanique, surtout s'il s'agit d'un malade habitant la campagne.

BULLETIN de la SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE L'INDOCHINE (Section d'Hanoï)

Biaille de Langibaudière et Le Van Mieng. *Notes sur le traitement des occlusions spasmodiques post-opératoires du tube digestif par les solutions concentrées de chlorure de sodium* (*Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, t. VII, n° 2, Février 1929). — Des publications récentes ont attiré l'attention sur le traitement des occlusions du tube digestif par les solutions concentrées de NaCl. B. de L. et L. V. M. ont appliqué cette thérapeutique à quelques cas d'*occlusion spasmodique post-opératoire* graves et ils en ont obtenu des résultats à ce point favorables que la mortalité, qui atteignait, dans leur statistique, jusqu'à 75 pour 100, est tombée à 0.

Comment agit le NaCl dans ces cas ? Hadden et Orr attribuent l'effet des solutions concentrées de NaCl à la neutralisation des toxines par le sel et formation d'une combinaison atoxique. Pour leur part, sans nier cette dernière action, B. de L. et L. V. M. déclarent ne pouvoir y voir le mode d'action capital de ces solutions. En effet, le développement des germes dans l'intestin paralysé demande un certain temps ; la sécrétion des toxines, leur diffusion, leur fixation sur les centres nerveux un temps bien plus long encore; l'apparition des symptômes généraux réflexes concorde le plus souvent avec le début de l'occlusion et les auteurs pensent que les solutions hypertoniques n'agissent pas sur les symptômes toxiques, mais sur la dilatation proprement dite des anses ; le ballonnement du ventre s'affaisse parfois avec une étonnante rapidité, le pouls et la respiration restant semblables ; ceux-ci s'améliorent ensuite plus tardivement quand l'état spasmodique a cédé.

B. de L. et L. V. M. ont soumis à la méthode des injections concentrées de NaCl tous les malades qui présentaient à la suite des opérations de l'occlusion. Grâce à cette méthode, pas un seul de leurs opérés n'est mort d'occlusion. Ils emploient une solution de NaCl à 20 pour 100 ; ce taux est essentiel et il faut s'y tenir ; les injections intraveineuses sont de 5 cmc. L'effet est parfois immédiat et l'injection agit sur le ballonnement intestinal comme l'émétine sur les épreintes de la dysenterie. Mais c'est loin d'être la règle ; il faut alors persévérer et renouveler les injections : un vieillard, dont l'état était des plus graves, guérit après 10 injections faites pendant deux jours.

Voici, à titre d'exemple, quelques observations très résumées.

1° Femme opérée à 10 heures de *rupture de grossesse tubaire*. Rien de spécial à l'opération. A 6 h. du soir, début de l'occlusion ; le pouls monte à 120 et faiblit, la température à 39°5, et la malade respire avec peine : injection de 5 cmc de NaCl à 20 p. 100 ; à minuit, 5 cmc plus 1 litre de sérum physiologique. A 6 heures le lendemain, le ballonnement du ventre a disparu, le pouls est à 100, bien remonté. A 8 heures (soit 14 heures après le début de l'occlusion), émission de gaz. On continue dans la journée, toutes les 4 heures, les injections de NaCl à 20 pour 100. Guérison.

2° Enfant, 8 ans, *plaie pénétrante de l'abdomen* par coup de corne de buffle avec hernie de l'épiploon. Opération à 13 heures. A 20 heures, début de l'occlusion, pouls à 110 : 3 injections successives de NaCl à 20 pour 100. Le lendemain, plus de ballonnement, pouls à 90; continuation du traitement toutes les 2 heures; selle dans la journée. Guérison.

3° Enfant, 7 ans, *plaie pénétrante de l'abdomen* avec hernie de l'angle droit du côlon et de l'épiploon, Opération à 15 heures. Le lendemain, à 8 heures, occlusion marquée évoluant rapidement. Injection de NaCl, 5 cmc à 20 pour 100 : la tension abdominale diminue instantanément. 3 injections de NaCl dans la suite. Guérison complète de l'occlusion. L'enfant décède brusquement 20 jours après, en pleine convalescence, par cause inconnue. Pas d'autopsie.

4° Homme de 55 ans, opéré de hernie étranglée à 22 heures : réintégration dans le ventre d'une anse grêle de 20 cm. œdématiée, avec zones ecchymotiques. A 6 heures, le lendemain, état très grave : ballonnement intense du ventre, pouls 120, température 38°8, dyspnée marquée, nausées. Injections, toutes les 2 heures, de solutions concentrées de NaCl : le ballonnement régresse, les nausées disparaissent, mais la tension artérielle continue à faiblir et on administre 1 litre de sérum physiologique de l'adrénaline. Le pouls remonte, le ballonnement diminue, puis disparaît ; une selle se produit. On fait en tout 10 injections de NaCl en 2 jours Guérison.

On voit donc quelle ressource précieuse offre cette nouvelle thérapeutique dans les accidents si redoutables de l'occlusion spasmodique post-opératoire. Sa préparation si facile, son innocuité, son mode d'emploi simple la mettent à la portée de tous.

J. Dumont.

Lavau. *Deux cas d'empalement accidentel* (*Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, tome VII, n° 3, Mars 1929). — *Cas 1.* — Une femme de 22 ans tombe assise sur un pieu de bambou. A l'examen, 36 heures après, on note une plaie de 3 cm. sur le côté droit de l'anus. Pas de lésion rectale, mais perforation de part en part du conduit vaginal. L'urine coule par le vagin; cependant un liquide coloré, injecté sous tension dans la vessie, ne passe pas dans l'urine qui coule par le vagin ; d'autre part, la vessie garde tout le liquide injecté et la femme a uriné plusieurs fois depuis l'accident. Ce beau symptôme affirme la déchirure d'un uretère avec intégrité de la vessie. En plus de cela, défense abdominale totale, facies grippé, en résumé tous les signes d'une péritonite généralisée. Intervention immédiate. Laparotomie médiane : on trouve la perforation au pied du ligament large droit, tout près de l'utérus. Pas de perforation intestinale, mais la péritonite partie de cette plaie est déjà généralisée. Mèche passant dans le vagin et Mikulicz abdominal. Malgré tout, décès 48 heures après.

Cas 2. — Femme de 44 ans ; même accident : est tombée assise sur un pieu de bambou. Elle est transportée tout aussitôt à l'hôpital où L. la voit 2 heures après l'accident. Pas de plaie au périnée, mais la totalité du grand épiploon pend hors du vagin. La sonde vésicale ne ramène qu'un peu de sang, mais, en retirant la sonde, on ramène une frange de l'épiploon qui s'est engagée dans sa lumière. Le diagnostic s'éclaire : le pieu est entré par le vagin, a perforé la paroi vésico-vaginale puis le dôme péritonéal de la vessie; l'épiploon, suivant le trajet, a rempli la vessie puis le vagin et pend à l'extérieur. Intervention immédiate. Laparotomie médiane en Trendelenburg. Les lésions sont celles prévues, mais avec, en plus, une longue déchirure du mésentère. Ce qui explique la grande quantité d'épiploon hernié, c'est qu'une ptose de l'estomac amène l'organe en contact du pubis. Résection de la totalité du grand épiploon et réparation de la brèche mésentérique. Puis la plaie du dôme vésical est agrandie et ses bords complètement réséqués. La vessie est donc partagée en deux valves et sa cavité parfaitement exposée. On pratique alors la suture transvésicale de la plaie vésico-vaginale qui se trouve exactement sur le trigone entre les orifices des uretères et le col vésical. Après régularisation, une suture exacte affronte toute l'épaisseur de la paroi vésicale, mais n'intéresse pas la paroi vaginale qui sera suturée, en deuxième plan, dans un temps périnéal. Puis suture en deux plans de la paroi péritonéale de la vessie. Enfin, la femme étant placée en position gynécologique, suture de l'orifice d'entrée du pieu sur la paroi vaginale antérieure. Un drain dans le Douglas, une sonde dans la vessie. Evolution absolument normale sauf, pendant 36 heures, de l'oligurie réflexe ou par œdème comprimant les orifices urétéraux. Ni température, ni réaction d'aucune sorte. Le drain abdominal est retiré le 5e jour ; la sonde vésicale le 12e jour. Guérison complète sans fistule, et sortie de la malade au bout de 3 semaines.

Ces deux observations montrent que, dans les empalements, les uretères courent toujours le plus grand risque. Dans l'observation I l'uretère gauche était déchiré et dans l'observation II les deux uretères étaient très voisins de la plaie. ils ont échappé miraculeusement au traumatisme et la moindre inattention du chirurgien les exposait à être compris dans la suture de la plaie.

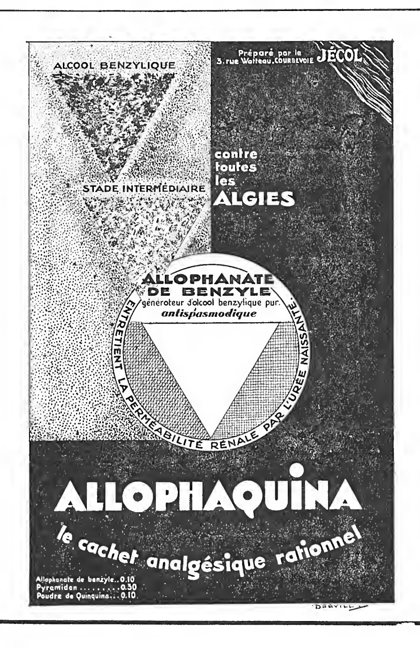
BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE (Bruxelles)

J. de Smeth (Bruxelles). *Les polypes du col vésical chez la femme* (*Bulletin de l'Académie royale de Médecine de Belgique*, 5e série, tome IX, n° 5, 29 Mai 1929). — La cystoscopie, pratiquée systématiquement par de S. chez les femmes accusant certains troubles mictionnels, lui a démontré combien fréquemment passent inaperçus les polypes du col vésical. Alors que les traités et les périodiques d'urologie n'en mentionnent que de rares observations, l'auteur, depuis que son attention a été éveillée sur ce point, en a recueilli un certain nombre de cas.

Ces polypes se rencontrent surtout à l'âge de la ménopause physiologique ou provoquée par une intervention chirurgicale et particulièrement après l'hystérectomie. Cette lésion, minime en apparence, provoque parfois des symptômes pénibles qui disparaissent rapidement sous l'influence du traitement préconisé par l'auteur.

Les polypes du col vésical, décrits dans ce travail, semblent être des bourgeons épithéliaux et non pas de vrais polypes muqueux ni des adénomes. Ils siègent sur le col lui-même et non dans la partie de la vessie où se rencontrent les glandes décrites par Cassanello, glandes pouvant donner lieu, elles aussi, à des polypes, mais qui sont des adénomes bénins ou malins nullement comparables aux lésions décrites par de S. Il en est de même des polypes du méat qui sont constitués par un ectropion de la muqueuse ou par de vrais polypes fibreux, quelquefois par des myxomes et dont la structure histologique et l'aspect sont bien différents des polypes ici décrits.

La cystite que ces polypes occasionnent est-elle due à des troubles vasculaires, vaso-moteurs, endo-


ALCOOL BENZYLIQUE
Préparé par le JÉCOL
3, rue Watteau, COURBEVOIE
STADE INTERMÉDIAIRE
contre toutes les ALGIES
ALLOPHANATE DE BENZYLE
générateur d'alcool benzylique pur.
antispasmodique
ENTRETIENT LA PERMÉABILITÉ RÉNALE PAR L'URÉE NAISSANTE
ALLOPHAQUINA
le cachet analgésique rationnel
Allophanate de benzyle.. 0.10
Pyramidon 0.30
Poudre de Quinquina... 0.10


Médication Opothérapique
EXTRAITS TOTAUX
CHOAY
Obtenus par dessiccation rapide, dans le vide, vers 0°,
d'organes soigneusement récoltés, auxquels ils sont équivalents.
SYNCRINES CHOAY
Résultant de l'association d'Extraits totaux,
en formules qui répondent aux principaux syndromes
COMPRIMÉS · CACHETS · PILULES · AMPOULES
CHOAY
Échantillons sur demande au LABORATOIRE CHOAY
48, Rue Théophile Gautier, PARIS - 16° - Tél. Auteuil 44-09

criniens ou simplement statiques? L'auteur ne se prononce pas sur ce point, mais il constate un fait clinique évident et fréquemment observé par lui : c'est que les hystérectomisées sont plus sujettes que les autres à l'infection de la vessie et que chez elles l'examen du col vésical fait souvent découvrir des productions épithéliales irrégulières et de formes variées.

Le traitement préconisé par l'auteur consiste dans des instillations d'argyrol à 4 pour 100 ou de nitrate d'argent; dans les cas rebelles, il a recours à un courant faible d'électro-coagulation. Ce traitement anodin et d'application facile, appliqué dans 15 cas, lui a donné des résultats immédiats très encourageants, mais trop récents peut-être pour qu'on puisse conclure à une guérison définitive.

ARCHIVES FRANCO-BELGES DE CHIRURGIE (Bruxelles)

O. Coquelet (Bruxelles). ***Traitement opératoire des suppurations pulmonaires : la méthode de Graham; la cunéo-pneumectomie progressive*** (*Archives franco-belges de Chirurgie*, t. XXXI, n° 4, Avril 1929). — On a préconisé de nombreux procédés opératoires contre les suppurations pulmonaires. C. les passe rapidement en revue, — opérations sur le phrénique, pneumolyse extra-pleurale, apicolyse (qui n'est qu'un cas particulier de la pneumolyse, thoracoplasties, collapsothérapie mixte, compression intrathoracique du poumon, pneumotomie, pneumectomies et lobectomies — pour ne s'étendre, à propos de ces dernières, que sur deux procédés qui seuls lui paraissent présenter, avec le maximum d'efficacité, le minimum de danger. Ce sont les procédés de Graham et Coquelet.

Méthode de Graham.

A. Graham, étudiant la casuistique des lobectomies, en retira l'idée que la grosse cause de mortalité est la nécessité de mobiliser le lobe avant résection. Or, ce lobe est d'ordinaire très adhérent aux structures voisines. La mobilisation en est forcément assez brutale et laisse un lit cruenté, irrégulier, privé de la protection du recouvrement pleural et très apte à s'infecter. De plus, l'infection se trouve au contact immédiat de régions particulièrement vulnérables : le péricarde et le médiastin. « Tout procédé qui permettrait l'ablation de tout le tissu malade sans séparation préliminaire des adhérences pour mobiliser le poumon, non seulement éliminerait le danger principal de l'opération usuelle, mais serait tout aussi efficace quant aux résultats finaux », écrivait-il en 1923.

L'opération que réalisa Graham est en réalité une lobectomie faite au cautère vrai (fer rouge). Dans un premier temps le champ pulmonaire est exposé : incision en lambeau et résection de 3 ou 4 côtes sur une dizaine de centimètres : résection du périoste et des faisceaux intercostaux. On crée, si nécessaire, des adhérences par tamponnement ou suture. Après quelques jours commence la cautérisation : un gros fer à souder porté au rouge est plongé dans la partie malade du poumon. Si une ancienne fistule existe, c'est à son niveau qu'on débute et l'on progresse excentriquement en partant de son trajet. La quantité suffisante de parenchyme pulmonaire est détruite en une, deux ou plusieurs séances, suivant l'importance des lésions et la résistance du malade. Seul, le premier temps nécessite une anesthésie ; sauf chez les malades pusillanimes, les autres séances sont réalisées aussi simplement qu'un pansement sans narcose. Au cours de ces cautérisations successives, souvent toute une série d'abcès sont ouverts. On réalise ainsi la destruction d'une portion du lobe, d'un lobe entier ou même de plus d'un lobe, suivant les circonstances. Graham a pratiqué jusqu'à six cautérisations chez le même sujet. Par portions successives, il a ainsi supprimé, chez l'un de ses malades, un poumon presque tout entier.

En 1927 Graham a publié 46 cas traités par son procédé, se répartissant comme suit : 31 guérisons (69 pour 100) dont 10 avaient encore une fistule non fermée et 3 étaient encore en traitement, très améliorés; 3 morts opératoires, une fois d'hémorragie et 2 fois d'embolie cérébrale (6,6 pour 100) ; 9 morts tardives de 16 jours à 3 ans après l'opération.

Mortalité totale en 3 ans : 24 pour 100, mortalité élevée, comme on le voit. C'est que la méthode présente quelques inconvénients : 1° on s'oriente à l'aveugle dans l'intérieur du thorax et rien ne signale le voisinage trop immédiat d'organes ou de zones dangereuses (hile, péricarde, médiastin); 2° un autre danger est l'embolie, précoce ou tardive; 3° l'escarre formée est trop lente à s'éliminer; 4° enfin les phénomènes inflammatoires provoqués dans le parenchyme sain avoisinant donnent lieu à un syndrome d'intoxication identique à celle des grands brûlés (malaise général, inappétence, fièvre, nausées, oligurie).

Méthode de Coquelet.

Aussi C. a-t-il cherché à remédier à ces inconvénients de la lobectomie au fer rouge de Graham, tout en conservant les avantages, et il a imaginé le technique suivante :

Cette technique consiste en principe à réséquer le poumon par coins successifs, déterminés par deux tranches de section convergentes en angle dièdre. Pour pratiquer cette section il se sert d'un thermocautère dont l'extrémité est façonnée en lame de bistouri et avec laquelle il coupe les tissus comme on le fait avec un bistouri ordinaire. Cette lame de cautère doit être à peine rouge, de façon à ce qu'elle s'éteigne dès qu'elle pénètre dans les tissus. De cette façon la chaleur ne s'irradie qu'à quelques millimètres au delà de la tranche de section et l'on évite la « pneumonite », cause de l'exagération des symptômes dans la période post-opératoire. Du même fait, peu de protéines ont pu être touchées par une température trop élevée, et, comme le minimum de tissu a été cautérisé, l'intoxication par fait de brûlure est réduite à presque rien.

Le premier coin ou « quartier d'orange » est orienté de façon à ce que son angle dièdre arrive au milieu du foyer malade. Un second coin voisin sera réséqué dans une séance ultérieure, environ un mois plus tard et ainsi de suite jusqu'à ablation suffisante. Dans l'intervalle, la cavité créée par la résection est tamponnée à la gaze imprégnée de paraffine goménolée ou de baume du Pérou et les sécrétions sont aspirées à la trompe ou au Potain.

Ces résections cunéiformes se font sans autre anesthésie qu'une bonne dose de somnifène et d'une injection de morphine, pantopon ou sédol.

C. a exécuté cette cunéo-pneumectomie progressive chez 6 malades, en l'associant ou non à d'autres procédés opératoires, suivant les circonstances : 3 malades sont complètement guéris, sans fistule, et ne présentent plus aucun symptôme (50 pour 100); 1 malade est guéri de sa suppuration, mais présente encore une cavité ouverte dans le creux de l'aisselle ; un 5e malade est encore en traitement, mais considérablement amélioré; enfin 1 malade a succombé à une bronchopneumonie massive développée dans le poumon adelphe.

Cogniaux (Bruxelles). ***Contribution à l'étude des pancréas aberrants*** (*Archives franco-belges de Chirurgie*, tome XXXI, n° 4, Avril 1928). — La présence de pancréas aberrants au niveau du tube digestif est d'une fréquence relativement grande. Au cours d'un séjour à la Clinique du professeur Leriche et à l'Institut de Pathologie de Strasbourg, C. a pu en recueillir 8 cas. A cette occasion, il fait une revue de la question, en insistant surtout sur le point de vue clinique.

Le pancréas aberrant se rencontre avec la plus grande fréquence au niveau de l'estomac, surtout du pylore, dans le duodénum, très fréquemment dans le jéjunum et l'iléon; mais on en a trouvé un peu partout, au hile de la rate, dans la racine du mésentère, dans la cicatrice ombilicale, au niveau de la vésicule biliaire, d'un diverticule de Meckel, dans la valvule de Bauhin. Personnellement, C. l'a observé 3 fois dans l'estomac, 2 fois dans le duodénum, 1 fois respectivement dans le jéjunum, la vésicule biliaire et le diverticule de Meckel.

Il est généralement unique; Gosset en a cependant trouvé deux, l'un gastrique, l'autre duodénal. Son volume est variable : parfois réduit à une simple induration de la paroi, il peut atteindre la taille d'une noix, mais ne dépasse pas habituellement celle d'un haricot.

Ses rapports avec la paroi du tube digestif sont également multiples : sous-séreux, intrapariétal ou sous-muqueux, ses lobules infiltrent de préférence les différentes couches, s'insinuent entre les fibres musculaires atrophiées, franchissent la *muscularis mucosæ* pour arriver au contact immédiat de la muqueuse. Ses canaux excréteurs peuvent aboutir à un orifice, situé dans une dépression de la muqueuse, ou au sommet d'une papille.

Histologiquement, la glande est formée d'un nombre variable de lobules, et présente la structure d'un pancréas normal en fonctionnement. Dans les 8 cas étudiés par C., jamais le pancréas aberrant n'offrait de lésions inflammatoires et il en était de même dans presque tous les cas observés par d'autres auteurs.

La plupart des pancréas accessoires n'entraînent aucun symptôme; mais certains d'entre eux provoquent des troubles de l'abdomen supérieur de types variables : symptômes d'obstruction intestinale haute, de sténose du pylore, d'ulcère duodéno-pylorique, de cholécystite. Comment expliquer de telles viscéralgies ? D'abord un ulcère peut réellement se former dans la muqueuse qui recouvre les nodules; on en a quelques preuves indéniables. Mais ces cas sont la minorité. Généralement, la muqueuse est saine et il faut alors invoquer, pour expliquer les symptômes, la seule présence de la tumeur dans la zone réflexogène duodéno-pylorique.

Comme conclusion pratique, si, chez un malade ayant une symptomatologie duodéno-pylorique ou vésiculaire, on rencontre une petite tumeur gastrique ou duodénale d'aspect bénin, on doit songer à la possibilité d'un pancréas aberrant. La simple excision est suffisante pour amener la guérison. Si, au cours d'une laparotomie, on fait la découverte d'un pancréas aberrant encore indolore, on est autorisé à l'enlever, dans la crainte d'accidents ultérieurs.

J. Dumont.

J. Rouffart-Marin et M. Rouffart-Thiriar. ***A propos d'un cas de neurinome intrathoracique*** (*Archives franco-belges de Chirurgie*, tome XXXI, n° 4, Avril 1928). — Une jeune fille de 28 ans est sujette depuis un an à des crises d'étouffement qui vont progressivement en augmentant et qui l'obligent bientôt à dormir dans un fauteuil, car elle ne peut supporter que la position assise. L'état général est bon, mais la face, pâle et tirée, trahit la souffrance du myocarde ; le pouls est rapide, petit, mou. La percussion décèle au sommet droit une matité absolue descendant jusqu'à la 4e côte, et à l'auscultation s'entend un léger souffle. La radiographie révèle une ombre sphérique, absolument régulière, occupant la région du sommet droit, refoulant l'œsophage et la trachée sur la gauche ; une zone claire le sépare de l'aorte. Les réactions de Weinberg et de Bordet-Wassermann sont négatives; une ponction ne ramène rien. Le diagnostic de kyste hydatique est écarté. La malade exigeant une intervention opératoire, celle-ci est pratiquée en conséquence sans diagnostic ferme.

Thoracotomie antérieure avec résection de la 3e côte sur 8 cm. Etablissement d'un pneumothorax progressif qui est bien supporté. Le lobe pulmonaire supérieur, complètement atrophié, est réduit à une mince languette de tissu qui coiffe le pôle antérieur de la tumeur. On l'incise et on dégage ainsi une masse d'aspect blanc jaunâtre, de consistance inégale, très dure par endroits, pseudo-fluctuante par d'autres. Cette masse se laisse facilement cliver à la main sur environ les 3/4 de sa surface ; mais sa partie postéro-inférieure tient très fortement dans la profondeur au hile du poumon ; cependant, avec de la patience, on arrive à la libérer presque entièrement, lorsque se produit une brusque déchirure d'une grosse branche de l'artère pulmonaire droite. On achève rapidement l'extirpation de la tumeur et on aveugle la brèche artérielle avec une pince qu'on laisse à demeure. Mèche. La malade meurt 6 heures après.

L'examen histologique de la tumeur enlevée révéla la structure caractéristique (cellules à noyaux en palissade, et aspect cylindromateux, surtout accusé à la périphérie de la tumeur) de ces néoplasmes des nerfs périphériques que l'on désigne sous les noms de gliome périphérique, de schwannome ou de neurinome et qui se développent aux dépens de la gaine des nerfs.

Dans le cas présent, à l'autopsie, on n'a pas pu individualiser le nerf qui avait donné naissance à la tumeur; mais on ne découvrit, en tout cas, aucune métastase, pas le moindre ganglion.

Le siège intra-thoracique de ces neurinomes est assez exceptionnel, Dans ces cas, ce qui domine le pronostic, c'est évidemment, avant tout, la situation profonde de la tumeur et son adhérence aux organes voisins.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT

(Leipzig)

V. Zarubin (Skoplje, Yougoslavie). ***Contribution à la tuberculose consécutive à la circoncision rituelle*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, n° 27, 6 Juillet 1929). — Z. a eu l'occasion d'observer plusieurs cas d'infection syphilitique après la circoncision rituelle, mais, au cours de sa longue pratique de 35 ans, il n'a vu qu'une seule fois survenir, à la suite de cette opération, une *ulcération tuberculeuse du pénis*.

Il s'agit d'un vigoureux enfant de 3 mois, indemne de toute tare organique, né de parents jeunes, eux-mêmes absolument sains, ni syphilitiques ni tuberculeux, qui, 3 ou 4 semaines après avoir été circoncis rituellement (circoncision suivie de succion buccale par l'opérateur), présenta sur la face dorsale du pénis, à droite et au voisinage du sillon balano-préputial, une ulcération irrégulièrement arrondie, de moins de 1 cm. de diamètre, à bords gris-bleu, mous, comme rongés par places, à fond plat, rouge vif, irrégulier, finement granuleux, à sécrétion purulente mais peu abondante. La consistance des bords et du fond de cet ulcère est pâteuse, peu marquée, inflammatoire. L'ulcère est douloureux au toucher. Les ganglions lymphatiques de la région inguinale droite sont à peine tuméfiés, non indurés ; ils sont également sensibles au palper. La recherche des tréponèmes dans la sécrétion de l'ulcère s'est montrée négative ; négative également la séro-réaction du sang.

De même on ne découvrit aucun signe clinique de syphilis chez l'opérateur, âgé de 60 ans, qui avait procédé à la circoncision et dont la pratique était déjà longue. Par contre, l'auscultatiou révéla chez lui une tuberculose pulmonaire très avancée, au stade des cavernes, avec bacilles abondants dans les crachats et, en outre, sur le pharynx, des ulcératious tuberculeuses. Et, après la circoncision, la succion du sang s'était longtemps prolongée.....

Ce cas s'est terminé malheureusement, 4 mois après l'excision de l'ulcère, par une phtisie galopante généralisée. J. Dumont.

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

E. Flatau. ***Sur une épidémie d'encéphalo-myélite disséminée en Pologne; son rapport avec l'encéphalite léthargique et les complications nerveuses de certaines maladies infectieuses et avec les cas aigus de sclérose en plaques*** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, t. V, n° 43, 13 Décembre 1928; n° 44, 20 Décembre; n° 45, 27 Décembre). — Dans un long article, F. apporte le résumé de 17 observations d'inflammation disséminée du système nerveux,recueillies pendant la première moitié de 1928. La multiplicité des cas observés donne à cette affection un véritable caractère épidémique. Le début de l'affection est en général brusque et se manifeste par des douleurs des masses musculaires et le long des trajets nerveux. Les malades se plaignent de paresthésies et de sensations ayant un caractère anormal et une symptomatologie subjective des plus variées avec un état général satisfaisant. Cette période dure quelquefois longtemps. Puis les sensations se précisent et d'autres manifestations morbides apparaissent, notamment des troubles moteurs dans le domaine des nerfs périphériques et craniens et exceptionnellement quelques troubles sphinctériens, mais légers et transitoires. A la période d'état, F. insiste sur la fréquence de l'existence du signe de Rossolimo souvent bilatéral (13 cas sur 17) tandis que le signe de Babinski n'a été observé que 3 fois. F. suppose que la fréquence du signe de Rossolimo indique la nature organique de la maladie sans traduire inévitablement l'atteinte des voies pyramidales. Très souvent les réflexes plantaires sont abolis. Le liquide céphalo-rachidien est toujours clair, on note quelquefois de la pléocytose. La réaction de Nonne et Appelt est possible. L'évolution est le plus souvent bénigne, néanmoins F. note 2 cas mortels. L'anatomie pathologique se résume à 3 caractères principaux : 1° la multiplicité et le caractère disséminé des lésions intéressant le cortex, la moelle et les nerfs périphériques ; 2° le caractère discret et atténué des lésions se traduisant par des infiltrations légères de la prolifération discrète du tissu nerveux et une réaction manifeste de la névroglie malgré son caractère disséminé ; 3° enfin, quelquefois, du côté des enveloppes de la base, des lésions d'infiltration et de prolifération cellulaire.

En se basant sur ses propres observations et les recherches bibliographiques, F. conclut que les petites épidémies d'encéphalomyélite disséminée, enregistrées depuis 1924, sont une suite logique de la grande épidémie d'encéphalite épidémique. Il n'est pas impossible d'associer à ce groupe de manifestations pathologiques les complications nerveuses se produisant à la suite de la rougeole, de la variole, de la varicelle et même à la suite de la vaccination jennerienne, affections appartenant au groupe des dermatoses neurotropes de Levaditi. La grande fréquence des cas observés de sclérose disséminée sous toutes ses formes aiguës ou avortées fait penser que la grande épidémie d'encéphalite épidémique joue ici un certain rôle. Il est difficile cependant d'affirmer qu'à la suite de cette épidémie, l'organisme humain est devenu plus réceptif pour le virus filtrant. Mais l'hypothèse unifiant au point de vue pathogénique ces manifestations pathologiques très différentes est très plausible. Fribourg-Blanc.

B. Karbowski. ***Les voies de communication réunissant l'espace sous-arachnoïdien avec l'oreille chez les animaux et chez l'homme*** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, tome VI, n° 7, 14 Février 1929). — Grâce à l'introduction dans la pratique médicale de l'injection sous-occipitale, K. reprend l'étude sur les processus inflammatoires de l'oreille interne d'origine méningée. A l'aide de cette méthode, K. injecte du carmin gélatineux dans l'espace sous-arachnoïdien et constate que, chez le lapin, il existe une voie directe faisant communiquer l'espace sous-arachnoïdien avec l'espace périlymphatique de l'oreille interne. Cette voie est constituée par un canal membraneux traversant l'aqueduc osseux du limaçon et aboutissant au coude inférieur de la rampe tympanique. Chez le chien, les tractus membraneux remplissant l'aqueduc osseux du limaçon présentent de nombreuses fentes reliant l'espace sous-arachnoïdien avec l'espace périlymphatique de la *scala tympani*. Ici la voie de communication est représentée par l'aqueduc osseux.

Les mêmes expériences reprises sur les cadavres humains n'ont abouti à aucun résultat en raison de la coagulabilité rapide du carmin gélatineux en milieu froid. En remplaçant le carmin gélatineux par l'encre de Chine, K. trouve que chez l'homme la voie membraneuse n'existe pas mais qu'on trouve un aqueduc osseux tapissé uniformément par la dure-mère qui se confond avec la pie-mère au niveau de l'infundibulum. Cette étude poursuivie sur 14 rochers humains semble démontrer que, dans les cas où l'aqueduc est perméable, l'espace sous-arachnoïdien est en communication directe avec la *scala tympani*. De plus, toujours à l'aide de l'encre de Chine, K. trouve qu'il existe une communication : 1° entre l'espace sous-arachnoïdien et la moelle osseuse du rocher suivant les vaisseaux, les veines en particulier ; 2° entre l'espace sous-arachnoïdien et l'oreille moyenne.

Cette disposition anatomique explique les complications intracraniennes dans les cas où le rocher a une structure spongieuse particulièrement riche en voies de communication avec l'espace sous-arachnoïdien. La continuité de la communication avec l'oreille moyenne en suivant le nerf tympanique et le long des vaisseaux explique les complications intracraniennes quelquefois si subites et foudroyantes survenant dès le début des infections otitiques. Fribourg-Blanc.

L. Hirszfeld, W. Halberowna et J. Laskowski. ***Propriétés sérologiques du tissu normal et cancéreux*** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, t. VI, n° 20, 16 Mai 1929). — H., H et L. se demandent si les tissus normaux peuvent être différenciés en groupes et si ce groupement correspond aux groupes du sang. C'est seulement lorsqu'on possèdera des notions exactes sur les caractères de ce groupement dans les tissus qu'on pourra aborder la question essentielle de savoir si, en dehors de la spécificité du groupement du tissu et de l'espèce, les cancers possèdent un test sérologique inexistant dans le tissu normal.

Dans la première partie de leur travail, les auteurs étudient les caractères du groupement des organes. Ils soulignent que les antigènes lipoïdaux caractéristiques du groupe se rencontrent surtout dans le groupe A. Les antigènes O et B ne réagissent pas d'une façon suffisamment caractéristique. On peut distinguer 3 types d'organes :

1° Les organes dans lesquels les caractères du groupement sont constants, tels les poumons, le sang, l'estomac, l'intestin, le pancréas ;

2° Les organes dans lesquels les caractères du groupement sont tantôt évidents, tantôt inexistants : le rein, la surrénale, le corps thyroïde, les muscles ;

3° Les tissus tels que le cerveau, le cervelet, la peau ne possèdent pas de propriétés caractéristiques pour le groupe.

Le cancer primitif possède essentiellement les caractères du groupe, c'est-à-dire qu'il contient les antigènes spécifiques du groupe caractéristiques pour le sang de l'individu. Donc, au point de vue de la spécificité du groupement, le cancer n'est pas un élément étranger à l'organisme.

La deuxième partie du travail est consacrée plus spécialement à l'étude des tissus cancéreux. Les résultats de cette étude établissent que :

Tout autour d'un noyau cancéreux, même localisé dans un tissu n'ayant pas de différenciation de groupe comme le foie par exemple, les caractères du groupement apparaissent avec évidence.

Par analogie avec les métastases anatomiques, on peut imaginer la possibilité de l'existence de métastases biochimiques par émanation des substances ayant les caractères du groupe ou par pénétration, en milieux n'ayant pas de différenciation, des produits provenant de la désagrégation ou de la dissolution des cellules cancéreuses. Dans ce cas, la méthode d'analyse biochimique serait supérieure à l'examen microscopique. Il n'est pas impossible que le tissu cancéreux, riche en lipoïdes, ayant les caractères du groupe, n'influe sur l'augmentation d'isoagglutinogènes en circulation et que les analyses quantitatives faites en ce sens ne donnent des indications intéressantes.

Les essais faits avec les antigènes cancéreux prouvent qu'il existe dans les cancers un élément sérologique spécifique, de nature lipoïdale, indépendant des propriétés du groupe. Il est impossible de déterminer jusqu'à quel point cette spécificité est absolue malgré qu'elle paraisse poussée assez loin. Les tissus environnant le cancer ne contiennent pas toujours d'une façon absolue des substances cancéreuses spécifiques.

La question, à peine ébauchée, appelle d'autres études expérimentales sérologiques, cliniques et thérapeutiques déjà en cours. Fribourg-Blanc.

VRATCHÉBNAIA GAZETA

(Léningrade)

N. G. Sobolewa et G. V. Schor. *Le développement d'une tumeur, chez la souris blanche, dans les diverses conditions d'éclairage* (*Vratchebnaïa Gazeta*, n° 5, 1929). — D'après S. et S., le rôle de la lumière, qu'elle soit blanche ou d'une certaine couleur, n'est pas à dédaigner lorsqu'on examine les diverses conditions susceptibles d'exercer une action plus ou moins marquée sur le développement d'une tumeur maligne, provoquée, par voie expérimentale, chez la souris blanche. Cette conclusion se base sur des observations, recueillies sur un total de 360 animaux, à partir de Mai 1927. Les tumeurs en question sont : le cancer dû au badigeonnage avec du goudron, l'adéno-cancer (souche d'Erlich) et la tumeur maligne de Flexner-Jobling.

Les expériences, poursuivies à l'aide de la lumière bleue ou dans l'obscurité, n'ont jamais fourni l'occasion de constater une ulcération de la tumeur. La lumière verte a permis d'enregistrer un seul et unique cas, tandis que, avec le jaune, le rouge et la lumière diffuse, l'ulcération survenait, sauf une seule exception, toujours. Il en faut donc conclure que les phénomènes d'ulcération d'une tumeur se trouvent sous la dépendance de facteurs photo-biologiques.

Comme le démontrent les expériences, il n'est pas possible d'enrayer le développement d'une tumeur maligne inoculée, mais son cours subit des modifications incontestables suivant la lumière utilisée. S. et S. ne sont pas les seuls, ni les premiers, à avoir fait des observations de ce genre qui, entreprises sur une vaste échelle, pourraient éventuellement ouvrir, à la chromothérapie, un champ d'activité dans le domaine de la lutte contre le cancer.

G. Ichok.

G. I. Khetagourov. *Le traitement du chancre mou et de ses complications au moyen des vapeurs d'iode* (*Vratchébnaïa Gazeta*, n° 7, 1929). — La lecture d'une communication, publiée, par Lange, dans la *Gazette des Hôpitaux*, en Août 1911, a incité K. à poursuivre, pendant 18 ans, des essais thérapeutiques avec les vapeurs d'iode. Il s'agissait essentiellement du chancre mou et de ses complications, mais des résultats encourageants et heureux ont été notés également dans les cas d'ulcère gangréneux aigu, de lésions tuberculeuses de la peau, ainsi que de toute autre affection cutanée caractérisée par des granulations atones.

Le traitement préconisé ne demande point un appareillage spécial. Il suffit de prendre une simple pipette suffisamment longue et de chauffer la partie moyenne afin de lui donner, à cet endroit, une forme de boule. L'iode cristallisé, qui s'y trouve placé, est chauffé, ce qui provoque le dégagement des vapeurs, dirigées, ensuite, sur la place voulue, par un bout de pipette, dont le deuxième bout sert pour y souffler.

La fumigation doit commencer aussitôt que les vapeurs dégagées prennent une couleur de violet foncé. Si la surface traitée devient d'une couleur rose et jaune citron ou montre l'aspect de la viande fumée, l'opération est à considérer comme terminée. Le traitement est à poursuivre chaque jour. Quelquefois, trois ou quatre séances suffisent, mais, parfois, il en faut 10 ou 12 pour obtenir le résultat voulu. On remarque alors le nettoyage de la lésion et l'apparition des granulations qui entraînent la guérison complète.

G. Ichok.

N. N. Michtchouk. *De l'influence de la nicotine sur la sécrétion et la fonction motrice de l'estomac* (*Vratchébnaïa Gazeta*), n° 9, 1929). — Les ennemis de la cigarette et ses amis mènent une lutte où l'argumentation scientifique, sur les méfaits du tabac ou sur ses bienfaits, n'utilise pas toujours une documentation inattaquable. Ce reproche ne pourra guère être adressé à M. qui, par ses recherches expérimentales sur l'homme, essaie de répondre, d'une façon objective, à une question précise. Il s'agit de savoir si les fonctions motrice et sécrétoire de l'estomac subissent l'influence de la nicotine, contenue dans les cigarettes.

Les 230 examens ont été faits tantôt à jeun, tantôt avant ou après les repas. Le nombre des cigarettes variait, en commençant par une seule et unique pour arriver aux quantités nettement toxiques. Les personnes étudiées étaient, dans leur majorité, des fumeurs, mais des non-fumeurs ont été également mis à contribution.

Les petites doses de nicotine n'exercent, en général, aucune action sur les fonctions gastriques. Les doses moyennes n'ont pas d'effet très prononcé, mais, toutefois, l'action excitante n'est pas à nier. Quant aux fortes doses, qui sont susceptibles de provoquer de l'intoxication, elles agissent certainement sur la fonction motrice en la diminuant. Toute la courbe se trouve modifiée dans ce sens que l'arrivée du point culminant trahit nettement du retard.

G. Ichok.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA

(Stockholm)

O. Bang (d'Oslo). *Etudes cliniques sur l'urobiline* (*Acta medica scandinavica*, suppl. XXIX, 1929). — B. passe d'abord en revue nos notions actuelles sur la composition chimique de l'urobiline, son mode de production et les lieux de sa formation. Si le problème de l'urobiline reste encore obscur et discuté au point de vue théorique, une uniformité de vue plus grande règne en ce qui concerne la signification clinique de l'urobiline. Pour tous les cliniciens, une excrétion d'urobiline urinaire dépassant la normale est le signe d'une insuffisance hépatique, et même l'indicateur le plus sensible de lésions du foie (Hétényi).

B. traite ensuite des moyens de déceler l'urobiline dans l'urine. Il recommande la réaction de Schlesinger modifiée par Marcussen (agiter 1 gr. d'acétate de zinc finement pulvérisé avec 10 cmc d'alcool à 90 pour 100; ajouter 10 cmc d'urine de faible acidité; additionner de I à II gouttes de teinture d'iode à 5 pour 100; après nouvelle agitation, filtrer soigneusement : la fluorescence est à son maximum au bout de 20 minutes. Examiner dans des conditions d'éclairage toujours identiques (lumière du jour diffuse). La méthode de Einar Larsen, basée sur les dilutions, permet une évaluation quantitative approximative de l'urobiline urinaire.

Au moyen de cette technique, B. a d'abord étudié l'urobilinurie physiologique et ses variations au cours du nycthémère. Il s'est auparavant rendu compte de l'influence négligeable de la diurèse et du poids spécifique de l'urine sur la concentration de l'urobiline chez les sujets normaux. Même absence d'influence de la menstruation. Comme les auteurs récents, il a retrouvé chez les individus normaux une ascension constante de l'urobilinurie à la suite des repas. Mais tandis que la plupart la mettent sur le compte d'une résorption rapide de l'urobiline de la bile consécutive à l'évacuation de la vésicule biliaire, B. rejette cette interprétation, se fondant sur l'existence d'une ascension identique chez les cholécystectomisés. De même il repousse l'hypothèse d'une courte défaillance fonctionnelle du foie pendant la période digestive (Walter, Wilbur) et admet que l'urobilinurie post-prandiale est due à ce que l'urobiline emmagasinée ou retenue dans le foie en est balayée à la faveur d'une circulation sanguine plus active, le clocher de la courbe d'excrétion étant d'autant plus élevé que le foie travaille plus intensément.

B. étudie ensuite les variations de l'urobilinurie suivant l'âge.

Chez le nouveau-né on trouve immédiatement après la naissance une urobilinurie relativement élevée qui dure 1 ou 10 jours pour tomber brusquement et qui paraît bien être d'origine maternelle, l'urobiline manquant dans le méconium et généralement dans le liquide amniotique. L'urobilinurie minime qu'on constate plus tard chez les nouveau-nés semble être d'origine extra-intestinale, étant donné l'absence concomitante d'urobiline dans le mécanisme et dans les selles.

Ultérieurement la concentration de l'urobiline examinée dans les urines de 24 heures chez les sujets groupés d'après l'âge augmente au fur et à mesure que l'âge est plus avancé. Il semble bien que la source d'urobiline qui se trouve dans les selles coule bien plus maigrement chez les enfants que chez les adultes. Question de flore intestinale ? de barrage hépatique plus efficace de la part de l'organe encore intact des enfants ? B. ne se prononce pas.

B. s'est efforcé de déterminer les limites entre l'urobilinurie normale et pathologique, et il a constaté combien la démarcation est imprécise. On peut cependant dire que les valeurs atteignant 1 : 70 et plus sont toujours pathologiques. De plus, au dessous de ce chiffre, les fortes concentrations, lorsqu'elles sont pathologiques, se retrouvent dans tous les échantillons de la journée.

B. traite ensuite de l'urobilinurie provoquée. Chez des sujets à foie normal peut se montrer en effet sous diverses influences une urobilinurie pathologique. B. insiste sur le rôle des poisons tels que l'alcool, le chloroforme, le plomb, l'oxyde de carbone, et des médicaments, en particulier du bicarbonate de soude, vraisemblablement par l'alcalose qu'il produit et qui agirait soit en facilitant la résorption intestinale, soit plus probablement en modifiant le parenchyme hépatique. Mais le régime lui-même a une grande influence sur l'urobilinurie. La restriction ou la suppression des hydrates de carbone provoque une ascension de l'urobilinurie qui doit être considérée comme un signe d'insuffisance hépatique. L'urobilinurie serait un réactif plus sensible du manque de glycogène que la cétonurie. Cette urobilinurie joue un rôle important en clinique.

D'autres urobilinuries, comme celle du jeûne, celle des ulcéreux soumis à un régime sévère, celle des psychoses dépressives, confirment le rôle du déficit en hydrates de carbone qui provoque une diminution de la teneur du foie en glycogène et un trouble concomitant des fonctions hépatiques. L'urobilinurie du diabète est spécialement étudiée. Elle semble également relever d'une carence des hydrates de carbone, soit que ceux-ci soient en quantité insuffisante dans le régime, soit que leur métabolisme soit défectueux. Comme elle témoigne d'une méiopragie du foie à maints égards (prédisposition accrue aux affections hépatiques graves, sensibilité aux hydrates de carbone), B. recommande de soumettre le diabétique à un régime assez riche en hydrates de carbone, avec adjonction d'insuline au besoin, pour que l'urobilinurie revienne au taux normal.

P.-L. Marie.

H. Oehnell (de Stockholm). *Lithiase et cancer du pancréas* (*Acta medica scandinavica*, tome LXXI, nos 1-2; Juin 1929). — O. ajoute un nouveau cas de lithiase pancréatique opérée aux 26 déjà connus réunis par Seeger en 1928. Ce n'est que dans 2 de ces cas que le diagnostic avait pu être fait avant l'intervention. Dans quelques cas de lithiase pancréatique la radiologie a pu mettre les calculs en évidence. L'observation de O. tire son intérêt à la fois de sa rareté, du fait que le diagnostic a pu être posé avant l'opération, enfin de l'examen radiologique positif d'Akerlund.

Il s'agit d'un homme de 67 ans, syphilitique ayant des symptômes anciens de tabes, qui depuis 30 ans avait plusieurs fois par jour des selles mal liées, grises et fétides contenant des fibres musculaires bien conservées et des gouttelettes graisseuses nombreuses, et qui depuis un an ressentait à l'épigastre et dans la région cæcale des douleurs d'intensité croissante accompagnées d'amaigrissement rapide et de glycosurie légère. A la radiographie, au-dessus de la partie moyenne du côlon transverse spasmé, se voyait un groupe de taches disposées en arc, qui furent prises d'abord pour des calculs biliaires, d'autant que la vésicule était palpable, mais dont l'étude radiologique attentive permit de préciser la situation à droite du corps de la 1re et de la 2e vertèbre lombaire et à gauche de la 11e et de la 12e dorsale ainsi qu'en avant de ces 2 premières vertèbres, et put faire affirmer une lithiase pancréatique atteignant la

totalité de l'organe. Un calcul semblait siéger dans l'ampoule de Vater et être l'origine de ces coliques pancréatiques.

Le traitement par les injections intraduodénales de sulfate de magnésie ayant échoué, on fit des injections sous-cutanées de pilocarpine à dose croissante qui amenèrent une notable atténuation des douleurs. De l'ictère ayant fait son apparition, le malade fut opéré. Le pancréas fut trouvé distendu en masse et très volumineux; un calcul put être senti dans la queue. La ponction du pancréas à sa partie moyenne donna un liquide clair et l'incision faite à ce niveau conduisit dans une cavité allongée, s'étendant à toute la glande remplie de liquide incolore et renfermant une série de calculs; il s'agissait du canal pancréatique très dilaté, présentant une branche latérale dilatée, le canal de Santorini probablement. La tête du pancréas était très dure et présentait des nodules; on y sentait un gros calcul qui fut extrait. Puis on cathétérisa et on draina l'ampoule de Vater ainsi que la vésicule biliaire. L'ictère avait disparu 8 jours après l'opération; les selles devinrent foncées Toutefois les douleurs épigastriques assez légères persistaient. Elles s'aggravèrent 20 jours après l'intervention, tandis que l'ictère reparaissait et que les matières devenaient blanches. Une radiographie décela encore un calcul dans la tête du pancréas. Le cathétérisme montra une ampoule de Vater très rétrécie, mais pas de calculs. L'ictère diminua après l'opération, mais l'état général empira et la mort survint au bout de 8 jours. A l'autopsie, immédiatement en dedans de l'orifice rétréci du canal excréteur, on trouve un calcul du volume d'un demi-pois; la tête du pancréas, bien diminuée de volume depuis la première opération, était très dure, parsemée de petites cavités dilatées et, par places, l'examen microscopique fit reconnaître un carcinome squirrheux avec de petites formations glandulaires constituées par un épithélium atypique irrégulièrement disposé.

P.-L. Marie.

A. Troell (de Stockholm). ***Morphologie du goitre basedowien traité par la solution de Lugol*** (*Acta medica scandinavica*, t. LXXI, n°s 1-2, Juin 1929). — Ce travail est basé sur les constatations faites dans 147 cas de goitre basedowien diffus qui furent traités par la thyroïdectomie après avoir reçu de la solution iodurée (iode, 1 gr.; iodure de potassium, 2 gr.; eau, 20 gr., à raison de X gouttes, 3 fois par jour), selon la méthode de Plummer. Comme a pu l'établir T., le traitement iodé préparatoire doit être d'autant plus prolongé qu'on a affaire à un cas présentant un plus haut degré initial de toxicité, qui se traduit par l'augmentation du métabolisme de base. T. a vu, par exemple, qu'un métabolisme initial de + 42 pour 100 exigeait un traitement iodé d'une semaine au plus, tandis qu'un métabolisme de + 70 pour 100 demandait 6 semaines.

Les raisons de l'amélioration clinique que procure le traitement iodé sont encore mal précisées. T. a vu qu'en même temps que se produit cette amélioration se déroulent des modifications anatomiques dans la thyroïde. La majorité des goitres basedowiens traités par l'iode présentent, comme le montrent les belles coupes reproduites, une structure se rapprochant de celle du goitre colloïde banal, tantôt complètement (24 cas), tantôt de façon prépondérante (55 cas); dans un nombre moindre de cas l'aspect du goitre basedowien avec l'hypertrophie et la prolifération de ses cellules acineuses, ses altérations de la colloïde, son tissu conjonctif interstitiel exubérant, ses infiltrations d'éléments lymphoïdes, est conservé soit de façon prédominante (37 cas), soit en tous points (31 cas). On observe, d'ailleurs, divers types de formes de transition, tant en ce qui concerne l'aspect des follicules, leur épithélium et leur contenu qu'en ce qui a trait au tissu interstitiel. Un caractère assez fréquent et spécial est un ensemble d'irrégularités et de fantaisie.

Pour mesurer pratiquement la durée de l'amélioration clinique obtenue pendant le traitement iodé préparatoire, T. a choisi l'augmentation du poids du malade (pesé tous les 2 ou 3 jours). Ce n'est que lorsque le patient se trouvait dans une période d'accroissement du poids, c'est-à-dire lorsque le métabolisme de base s'abaissait, que la thyroïdectomie fut pratiquée. Or, l'augmentation de poids par jour de traitement se montra la plus forte (0 kg. 087 en moyenne) chez les malades chez lesquels les modifications anatomiques liées au traitement iodé furent trouvées les plus accusées, et la plus faible (0 kilogr. 033) chez ceux dont les pièces opératoires ne présentèrent aucune modification appréciable de ce genre. Cette dernière catégorie de patients avait initialement un métabolisme de base plus élevé (environ + 54 pour 100) que la première (environ + 46 pour 100) et elle exigea en moyenne un traitement iodé plus prolongé (12 jours contre 7 jours).

P.-L. Marie.

H. C. Jacobaeus, G. Selander et N. Westermark. ***Essais en vue d'établir un test fonctionnel clinique de la faculté d'évacuation des bronches*** (*Acta medica scandinavica*, tome LXXI, n°s 3-4, Juillet 1929). — La façon dont les bronches se débarrassent du lipiodol qu'on y a injecté est encore mal connue. On a invoqué naturellement la toux, mais, pour que cela soit possible, il faut nécessairement qu'une quantité d'air suffisante soit parvenue en amont du corps étranger, ce qui semble irréalisable pour le lipiodol situé dans les petites bronches. On a donc pensé à l'intervention de l'épithélium cilié, mais il est difficile de croire qu'il peut suffire à propulser la masse dense du lipiodol. On a alors discuté la possibilité d'un péristaltisme de la musculature bronchique, indépendant de la toux, de la respiration et de la déglutition. Bullora l'aurait constaté chez le chien, Reinberg chez l'oie, Brauer et Corey sur la trachée humaine. De son côté, l'absorption par le poumon du lipiodol injecté reste extrêmement minime.

J., S. et W. ont repris la question de l'élimination du lipiodol par les bronches. Ils ont déterminé d'un côté le lipiodol rejeté par l'expectoration qu'ils avaient coloré au moyen de rouge Sudan pour le mieux mettre en évidence, de l'autre l'aspect radiographique en série des poumons pendant les heures et les jours consécutifs à l'injection. Qu'il s'agisse de sujets normaux ou pathologiques, ils ont pu distinguer deux phases dans l'expectoration, la première caractérisée par le rejet de lipiodol en grande quantité, soit formant une couche séparée dans l'éprouvette, soit mêlé intimement aux crachats lorsque ceux-ci sont volumineux; cette phase dure de 4 à 8 heures. Elle est suivie par une phase de transition de 8 à 12 heures, très souvent absente, où de petites masses de lipiodol sont encore expectorées. La seconde phase est caractérisée par la présence, souvent pendant plusieurs jours, de traînées ou de mouchetures de lipiodol. La première phase traduit la faculté d'évacuation des bronches qui est vérifiée par les radiographies concomitantes. La seconde phase correspond à l'évacuation des plus fines bronchioles et des alvéoles, processus bien plus lent et plus incomplet.

Les auteurs font d'abord observer que du point de vue pratique les conclusions auxquelles ils sont parvenus sont encore assez incertaines.

1° Chez les sujets normaux ils ont trouvé en règle générale une durée d'expectoration variant de 4 à 8 heures et s'accordant bien avec le contrôle radiologique. Ils n'ont pu mettre en évidence de véritables mouvements péristaltiques des bronches, mais simplement des contractions locales qui interviendraient dans l'expulsion du lipiodol.

2° Parmi les cas de bronchite chronique, certains ont présenté une durée d'expectoration normale, d'autres un temps prolongé. Dans ces derniers cas il faut s'attendre à une grande tendance aux récidives. Quant aux cas ayant une durée d'expectoration normale, leur expérience encore trop limitée ne leur permet pas d'en tirer de conclusions.

3° Dans les cas de bronchiectasie (14), leur expérience est encore moindre, eu égard à la variété des formes cliniques, mais en règle générale, dans la plupart des cas, ils ont trouvé un temps d'expectoration plus ou moins prolongé. Dans un cas de bronchiectasie très accusée, il fut étonnamment court (24 heures); l'état général était remarquablement satisfaisant. Ils expliquent cette discordance en admettant que la fonction des bronches était inopinément bonne.

4° Quant aux tuberculeux, ils ont présenté une durée d'expectoration normale dans les cas où il n'existait ni des cavernes ni des modifications cliniques ou radiologiques au niveau des bronches. Dans tous les cas où il y avait des dilatations bronchiques ou des cavernes, la durée d'expectoration se montra prolongée, et d'ordinaire encore davantage (2 à 6 jours) que dans le précédent groupe. Dans les cas où l'on fit la thoracoplastie, on n'observa qu'un raccourcissement nul ou très faible de la durée de l'expectoration après l'intervention, bien que le volume des crachats se fût trouvé très réduit du fait de l'opération, de même que celui des cavernes ou des dilatations, ce qui indique que la fonction des bronches est largement indépendante de l'état des tissus environnants.

Dans deux cas, le lipiodol a paru n'être pas sans inconvénients; dans l'un, il semble y avoir eu dissémination de la tuberculose à la suite de l'injection. Une certaine prudence s'impose donc.

Les expectorants (polygala, iode) donnés au moment où le lipiodol avait cessé d'être expectoré depuis un jour ou deux, alors que les radiographies en montraient encore, non dans les bronches, mais dans le parenchyme, n'ont pas donné de résultats. Par contre, l'injection d'adrénaline en a fait apparaître de fins granules dans les crachats, sans que l'image radiologique fût d'ailleurs modifiée.

De nombreuses radiographies illustrent ce travail.

P.-L. Marie.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE
(*Chicago*)

G. N. Stewart. *Les glandes surrénales* (*Archives of internal Medicine*, tome XLIII, n° 6, Juin 1929). — Dans cette longue conférence, S. s'est proposé de redresser bien des erreurs que partagent les médecins au sujet des surrénales. Et d'abord, il établit que le cortex (tissu interrénal), trop négligé jusqu'ici, est indispensable à l'équilibre vital. La substance médullaire (tissu chromaffine) peut être détruite, l'excrétion d'adrénaline suspendue par section de ses nerfs, ou même les deux interventions peuvent être associées sans résultat fâcheux, immédiat ou tardif, et à vrai dire, sans résultat quelconque.

S. a étudié la séméiologie et l'anatomie pathologique de l'état consécutif à la surrénalectomie totale, et déterminé la longueur de la survie chez de nombreux chiens. Il a pu se rendre compte du peu de valeur des données consignées dans les diverses publications faites à ce sujet; il est évident que les animaux sont en grande partie morts victimes d'une technique opératoire insuffisante, et bien rarement d'une insuffisance surrénale uniquement. Les chiens convenablement opérés survivent de 7 à 9 jours dans la majorité des cas, un assez grand nombre arrivent à vivre 13 ou 14 jours. Les chats survivent un peu plus longtemps, en moyenne 11 jours, parfois trois semaines.

Or les extraits de substance corticale provenant de chiens ou d'animaux tués à l'abattoir se montrent capables, injectés aux chiens surrénalectomisés, de prolonger leur vie bien au delà du terme constaté chez les témoins; la période de maintien de la santé est prolongée aussi d'une durée correspondante. Le tissu interrénal contient donc, et produit, semble-t-il, une substance (interrénaline) qui a le pouvoir de préserver la vie des chiens surrénalectomisés. Cette substance, capable de neutraliser les poisons qui amènent la mort de l'animal opéré ou de s'opposer à leur production, en restaurant au métabolisme ce qui lui est nécessaire pour le maintenir normal, de prévenir l'épuisement général, les troubles gastro-intestinaux et l'anorexie, de si fâcheux augure, paraît douée d'une importance exceptionnelle. Malheureusement aucun test n'est connu jusqu'ici pour évaluer avec précision son action et il est

encore prématuré de définir la fonction de l' « interrénaline ».

On est conduit à penser que la suppression de la substance active corticale influence l'organisme de deux façons : en perturbant les mécanismes ou les processus qu'elle est chargée de contrôler normalement, en produisant des poisons liés à cette perturbation, les deux actions ne s'excluant pas l'une l'autre. Le manque d'insuline crée des troubles de deux ordres qui s'enchaînent de façon analogue. En tout cas, il est certain qu'il existe une intoxication dans l'insuffisance surrénale totale. L'état qui en résulte peut être amélioré par l'injection intraveineuse de solution de Ringer qui évidemment ne peut fournir une hormone et doit agir en balayant des substances nocives. Des chiens ont été maintenus en vie grâce à ce traitement jusqu'à 34 jours après l'ablation de la deuxième surrénale.

La médullaire ne remplit aucune fonction indispensable à la vie. En effet, après sa destruction ou la résection de ses nerfs, l'animal continue à se bien porter. La maladie d'Addison n'est aucunement due à la suppression de l'adrénaline. Certains physiologistes ont indûment exagéré le rôle joué par la médullaire dans les réactions vasculaires et dans les réactions associées avec l'expression des émotions. La suppression de la médullaire ne causant pas de modifications appréciables, l'adrénaline, produit de la médullaire, n'exerce donc aucune fonction importante

S. a toujours trouvé une quantité décelable d'adrénaline dans le sang de la veine surrénale, trop faible cependant pour être mise en évidence dans le sang artériel. L'excitation du bout périphérique des splanchniques fait augmenter beaucoup l'excrétion d'adrénaline ; la section des nerfs des surrénales la fait beaucoup diminuer et l'abolit. La strychnine, l'ésérine la font augmenter. L'adrénaline ne semble pas intervenir dans le maintien de la pression artérielle. Elle joue un rôle, mais d'ordinaire de second plan, dans certaines formes d'hyperglycémie expérimentale. Ainsi la piqûre du plancher du 4e ventricule détermine de l'hyperglycémie et aussi une excrétion augmentée d'adrénaline. Mais l'hyperglycémie est réalisée aussi bien quand la médullaire est supprimée et elle dépend des fibres du splanchnique se rendant au foie. Dans quelle mesure l'augmentation de l'excréfion d'adrénaline conditionnée par les fibres surrénales du splanchnique intervient-elle sur l'hyperglycémie, cela dépend simplement du taux et de la prolongation de l'excrétion d'adrénaline. L'hyperglycémie associée à l'asphyxie semble ne pas comporter de facteur surrénal. L'hyperglycémie à la morphine diminue fortement quand la médullaire est supprimée, ce qui semble indiquer que l'adrénaline peut agir sur le métabolisme des hydrates de carbone.

La richesse de l'innervation de la médullaire, qui contraste avec le rôle effacé du contrôle nerveux des glandes endocrines productrices d'hormones importantes, serait due pour S. à ce que ce contrôle est indispensable pour éviter que la médullaire ne libère subitement une quantité d'adrénaline qui pourrait être nuisible à l'organisme. P.-L. Marie.

J. Harkavy. ***Pathogénie des abcès pulmonaires par aspiration. Leurs relations possibles avec les abcès du poumon consécutifs à l'amygdalectomie*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLIII, n° 6, Juin 1929). — Les abcès pulmonaires consécutifs à l'amygdalectomie ne sont pas une rareté puisque sur 1.908 abcès réunis par Schlueter, dont 515 (29 p. 100) étaient post-opératoires, 268, soit 18 pour 100, reconnaissaient cette origine. Pour les uns, ils sont dus à des embolies circulatoires septiques. Les partisans de cette théorie s'appuient surtout sur l'impossibilité de déterminer des abcès du poumon chez le chien en employant la voie intrabronchique. Cependant, la théorie de l'aspiration paraît cliniquement plus vraisemblable; d'autre part, les abcès expérimentaux d'origine embolique sont d'ordinaire solitaires, contrairement à ce qu'on constate, en général, aux autopsies humaines.

Encouragé par les suppurations pulmonaires réalisées dans quelques cas isolés par Kline, Smith-Allen, à la suite d'inoculations intratrachéales, H. a repris en grand l'étude de la pathogénie des abcès pulmonaires chez les chiens. Sur 27 chiens anesthésiés avec un dérivé barbiturique, ayant reçu, au moyen du bronchoscope, 0 cmc 5 de cultures mixtes de bactéries isolées de crachats de malades ayant des abcès du poumon consécutifs à l'amygdalectomie, 3 présentèrent des abcès excavés, un autre une suppuration pulmonaire, et un cinquième les traces évidentes d'un processus suppuré guéri dans un des lobes inférieurs.

H. a pu obtenir expérimentalement deux des types de suppurations pulmonaires décrites par Aschner chez l'homme après l'amygdalectomie, l'abcès extrabronchique et la pneumonie suppurée, mais non la forme d'abcès bronchiectasique. Il l'attribue à la tendance à la guérison rapide que présentent les abcès pulmonaires expérimentaux des chiens ; il a pu, en effet, constater la formation d'une capsule autour de l'abcès dès le 11e jour. Il faut noter d'ailleurs que les abcès bronchiectasiques ont été trouvés par Aschour chez des sujets opérés fort longtemps auparavant.

Le développement des abcès pulmonaires chez le chien se traduit d'abord par la présence d'un foyer de pneumonie décelable à la radiographie et curable, processus comparable à celui qu'on rencontre chez l'homme aux toutes premières périodes qui suivent l'ablation des amygdales. Le stade ultérieur, comme l'indique l'étude histologique faite chez le chien, se caractérise par l'apparition de la nécrose au sein de la zone pneumonique, suivie de la formation d'une cavité. Cet état persiste ou évolue vers la guérison.

S'il est permis de transporter chez l'homme les résultats obtenus chez les chiens, on peut penser qu'à la suite de l'aspiration du matériel infectieux provenant des voies respiratoires supérieures, les processus se déroulent de la façon suivante : d'abord pneumonie, puis nécrose et production d'une cavité, enfin guérison ou persistance de l'abcès primitif avec formation secondaire de bronchiectasies.

P.-L. Marie.

H. Ulrich. ***L'insuline dans le diabète acromégalique*** (*Archives of internal Medicine*, t. XLIII, n° 6, Juin 1929). — Presque tous les auteurs ont prétendu que le diabète acromégalique réagit tout aussi bien à l'insuline que le diabète pancréatique banal. Cependant U. a publié un cas d'adénome volumineux de l'hypophyse terminé par la mort, où durant l'évolution de la maladie se montrèrent à deux reprises une glycosurie et une hyperglycémie très accusées ; la première dura pendant un mois et disparut spontanément ; la seconde fut constatée deux ans plus tard et dura jusqu'à la mort. Or, l'insuline parut n'exercer qu'une influence très réduite sur l'hyperglycémie. Il en fut de même dans le cas de tumeur hypophysaire avec acromégalie, rapporté par Mahler et Paterny, et dans celui de Falta. D'autre part, bien des expérimentateurs ont établi que les injections d'extrait hypophysaire exercent une action antagoniste sur l'insuline. Ceci fait penser que le diabète de l'acromégalie pourrait être le résultat d'un antagonisme semblable exercé par la sécrétion hypophysaire en excès sur l'insuline endogène normalement sécrétée, ce qui, à son tour, laisse présager qu'une quantité additionnelle d'insuline administrée par voie parentérale demeurera partiellement ou totalement inefficace.

Dans ce travail U. soumet à un examen critique les trois observations de diabète acromégalique de Yater et celle de Colwell qui attribuent la même efficacité à l'insuline dans le diabète acromégalique que dans le diabète pancréatique et les rattachent tous les deux à la même cause : la production insuffisante d'insuline. En réalité, aucune de ces observations n'est probante. La réponse de la glycémie à l'insuline a été bien moins forte que dans le diabète pancréatique. Divers autres cas déjà publiés et rassemblés par Colwell prêtent à la même conclusion, sauf peut-être celui de L. Blum et Schwab où l'insuline semble s'être montrée efficace.

Il peut donc y avoir des degrés d'antagonisme à l'égard de l'insuline chez les divers acromégaliques, allant d'un antagonisme nul à une inhibition complète, comme dans le cas de U., plusieurs explications pouvant rendre compte de ces différents degré (intensité différente d'hyperactivité hypophysaire, compression des centres cérébraux, etc.).

De l'avis de U., ces constatations pourraient être utilisées dans un but diagnostique. L'absence ou la médiocrité de réaction à l'insuline serait ainsi un argument en faveur du diagnostic d'affection liée à l'hyperpituitarisme.

P.-L. Marie.

AMERICAN JOURNAL OF SURGERY

(New-York)

R. B. White et Starr Judd (de Rochester). ***Lipome de l'estomac*** (*The American Journal of Surgery*, n° 5, Mai 1929). — W. et J. rapportent l'observation d'un homme de 59 ans qui, ayant présenté des troubles digestifs et une hémorragie intestinale, fut opéré. A l'intervention, on découvrit un lipome situé sur la paroi antérieure de l'estomac, à mi-chemin entre la grande et la petite courbure, à 10 cm. du pylore. La portion de la paroi où se trouvait la tumeur fut excisée; il n'y avait pas d'autres lésions de l'estomac ou du duodénum.

La tumeur était ovoïde, bien encapsulée, mesurant $5,5 \times 3,5 \times 2,3$; elle était jaune et légèrement nodulaire. Microscopiquement, elle était constituée surtout de graisse : elle semblait venir de la sous-muqueuse, mais avait produit une érosion de la muqueuse. Il n'y avait aucune réaction inflammatoire dans les tissus adjacents.

Les lipomes gastriques sont rares. La plupart de ceux qui ont été rapportés ont été trouvés à l'autopsie. Leur siège habituel est dans la couche sous-muqueuse de l'estomac. Ils ne donnent en général lieu à aucun symptôme à moins qu'ils ne se compliquent d'inflammations, d'ulcérations, d'obstruction pylorique ou d'hémorragie.

Robert Clément.

ARCHIVIO ITALIANO DI CHIRURGIA

(Bologne)

Augusto Cassuto. ***Orientation actuelle de la chirurgie dans les néphrites*** (*Archivio Italiano di Chirurgia*, tome XXIII, n° 6, 1929). — Dans ce mémoire très complet, C. étudie les néphrites hématuriques douloureuses, d'abord au point de vue de leur symptomatologie, au sujet de laquelle il rappelle que les 2 symptômes caractéristiques sont la douleur et les hématuries. Celles-ci ne s'accompagnent très généralement pas de caillot. Pour le diagnostic qui est difficile surtout avec les tumeurs, il recommande de mettre en œuvre tous les procédés modernes, depuis le cathétérisme des uretères et la pyélographie jusqu'au pneumo-rein. Au point de vue pathogénique, il constate qu'on discute encore, ce qui complique la question tant au point de vue diagnostic qu'au point de vue thérapeutique.

C. rappelle que la néphrectomie a surtout été pratiquée dans cette affection à la suite d'erreurs de diagnostic. Quant à la néphrotomie, après une période de vogue, elle est complètement abandonnée à cause des hémorragies secondaires qu'elle entraîne. C'est la décapsulation qui, actuellement, rencontre le plus de suffrages bien qu'elle ait été considérée comme un exemple de thérapeutique irritante non spécifique. La sympathectomie par le procédé habituel ou par l'acide phénique semble comporter des conséquences sérieuses qui tendent à la faire rejeter.

Après cet exposé, l'auteur donne 15 observations dont il remarque lui-même que quelques-unes sont peu significatives. S'il les donne, d'ailleurs, c'est surtout pour montrer dans quel état d'incertitude et d'hésitation on est quelquefois à l'égard du diagnostic et du traitement de cette maladie. Il demande donc, étant donné que l'expérimentation sur l'animal n'est pas possible dans cette affection, que les observations faites sur l'homme soient aussi complètes que possible à tous les points de vue.

P.-E. Morhardt.


TRAITEMENT DU
DIABÈTE
PAR
LES
CAPSULES GLUTINISÉES
DE
PANCRÉPATINE
LALEUF
LITTÉRATURE - ECHANTILLONS
LABORATOIRES LALEUF
20, Rue du Laos — PARIS (XIVe)

PRESCRIPTIONS DE MÉDECINE INFANTILE

EN USAGE AUX CONSULTATIONS EXTERNES DES HOPITAUX D'ENFANTS A PARIS

Erythème fessier

1° Supprimer les bains, ne pas employer d'eau pour la toilette.

2° Nettoyer l'enfant avec ouate hydrophile et vaseline stérilisée (un tube).

3° Poudrer ensuite abondamment avec poudre de talc conservée dans un poudreur.

Urticaire

1° Supprimer jusqu'à nouvel ordre du régime alimentaire : le lait, les œufs, la viande, le poisson, le chocolat, le pain, les sauces et fritures.

2° Donner pendant trois jours consécutifs, le matin, à jeun, l'un des paquets suivants :

Calomel à la vapeur	Un centigramme.
Lactose	0 gr. 50

(N° 3)

3° Donner à la fin des repas un ou deux comprimés de charbon.

4° Calmer les démangeaisons, avec une application faite le soir de la pommade suivante :

Glycérolé d'amidon	50 gr.
Acide tartrique	0 gr. 50
Menthol	0 gr. 05

et poudrer avec poudre de talc conservée dans un poudreur.

Impétigo

Faire tomber les croûtes par application d'un cataplasme de fécule de pomme de terre froid.

Puis laver les parties malades avec un tampon de coton imbibé de la solution suivante :

Eau d'Alibour	50 gr.
Eau distillée	150 gr.

Et enfin appliquer sur les lésions une légère couche de la pommade suivante :

Oxyde jaune d'hydrargyre	0 gr. 50
Lanoline	5 gr.
Vaseline	15 gr.

Eczéma

1° Faire tomber les croûtes avec des cataplasmes de fécule de pomme de terre faits à chaud et appliqués froids.

2° Les croûtes une fois tombées, appliquer le soir une couche de la pommade suivante :

Goudron de houille pur et lavé	2 gr.
Oxyde de zinc	6 gr.
Lanoline	15 gr.
Vaseline	20 gr.

Recouvrir de gaze stérilisée ou d'une toile fine usée et très propre.

Ne faire chaque jour qu'une application limitée à une partie des lésions.

3° Faire la toilette du visage sans eau, avec de l'huile de paraffine.

PRESCRIPTIONS DE MÉDECINE INFANTILE

EN USAGE AUX CONSULTATIONS EXTERNES DES HOPITAUX D'ENFANTS A PARIS

Oreillons

1° Garder l'enfant au lit tant qu'il aura plus de 37°5 le matin, l'alimenter de lait, potages, purées, compotes.

2° Envelopper les parties gonflées avec du coton maintenu par une mentonnière ; si les parties gonflées sont douloureuses, y faire, avant de mettre le coton, une onction avec du baume ainsi composé :

Huile camphrée au 10°	20 gr.
Laudanum	XXX gouttes
Huile végétale	40 gr.

3° Lavage de bouche toutes les deux heures, et en particulier après chaque repas, avec un demi-verre d'eau tiède additionnée d'une cuillerée à café du collutoire suivant :

Borate de soude	3 gr.
Essence de menthe	II gouttes
Glycérine	30 gr.
Eau	60 gr.

Varicelle

1° Tenir l'enfant au lit s'il a la fièvre, et à la chambre si la fièvre a disparu. Alimentation légère.

2° Veiller à ce qu'il n'écorche pas les boutons. Ils sècheront d'eux-mêmes.

3° Si les boutons sont écorchés ou s'ils suppurent, appliquer sur chacun de ces boutons un peu de la pommade suivante :

Précipité rouge	0 gr. 50
Vaseline	10 gr.

Rougeole

1° Tenir l'enfant au lit ; placer le lit dans la partie de la chambre la mieux éclairée et la mieux aérée, maintenir la température aux environs de 18°.

2° Trois ou quatre fois par jour, laver les yeux de l'enfant avec un tampon d'ouate hydrophile trempé dans de l'eau bouillie tiède, mettre dans chaque narine III ou IV gouttes d'huile suivante :

Eucalyptol	0 gr. 10
Huile végétale	10 gr.

Si l'enfant est petit, badigeonner après chaque biberon ou bouillie le dedans de la bouche avec le collutoire suivant :

Borate de soude	2 gr.
Essence de menthe	I goutte
Glycérine	30 gr.
Eau	90 gr.

Si l'enfant est grand, le faire gargariser, après chaque repas, avec un demi-verre d'eau tiède additionnée d'une cuillerée à café du collutoire ci-dessus.

3° Tant que l'enfant aura une température au-dessus de 38°5, lui donner seulement une alimentation liquide : lait, bouillon de légumes, tisane de fleurs pectorales ou de tilleul. Avec chaque tasse de tisane, donner une cuillerée de la potion suivante (une cuillerée à café jusqu'à 3 ans, une cuillerée à dessert de 3 à 10, une cuillerée à soupe au-dessus de 10 ans).

Acétate d'ammoniaque	2 gr.
Benzoate de soude	2 gr.
Sirop de fleurs d'oranger	30 gr.
Julep gommeux	120 gr.

Quand la température sera tombée au-dessous de 38°5, ajouter à l'alimentation des potages, des purées, des compotes. Quand la température sera revenue à 37°5, alimenter l'enfant normalement selon son âge.

REVUE DES JOURNAUX

LE SANG
(Paris)

L. S. P. Davidson. *L'anémie pernicieuse; recherches expérimentales et cliniques* (*Le Sang*, t. III, nº 3, 1929). — Cet important travail résume les recherches et les opinions de D. sur l'anémie pernicieuse envisagée à de nombreux points de vue.

C'est d'abord l'étiologie. Ici, plusieurs faits lui paraissent devoir être soulignés : l'existence d'une prédisposition héréditaire indispensable à la constitution de l'anémie pernicieuse; celle d'un état infectieux, et le rôle important du tube gastro-intestinal. Ce dernier l'a incité à étudier la flore gastro-intestinale, tant en ce qui concerne la numération des germes que leur spécificité, et leurs changements d'habitat dans les différents étages. Il conclut que les germes sont certainement augmentés en forte proportion. Mais il ne paraît pas y avoir d'espèce spécifique; seul le bacille Welchii semble posséder une prédominance marquée. Les phases de l'affection ne sont pas influencées par des variations de ces germes intestinaux.

L'anachlorhydrie a été retrouvée d'une façon constante, mais elle paraît être plutôt d'ordre constitutionnel et peut-être précéder l'évolution de l'anémie pernicieuse.

A côté du tube digestif, D. étudie le rôle capital du foie, en rappelant les travaux fondamentaux sur cette question. La carence d'un produit hépatique, nécessaire à l'hématopoïèse normale, peut être considérée comme la base de l'anémie pernicieuse, et paraît rapprocher celle-ci des maladies par carence.

Une autre partie des recherches a porté sur la mensuration des globules rouges, leurs variations sous l'effet de l'absorption de foie ou d'extraits hépatiques; ces travaux ont établi l'importance capitale des hématies réticulées, cellules jeunes, qui réapparaissent en grand nombre au cours des améliorations thérapeutiques. La réticulocytose par sa rapidité, par son degré, apporte un appoint précieux au pronostic; elle manque dans les anémies aplastiques.

Mais la part la plus considérable de cet article concerne le traitement de l'anémie pernicieuse. Le rôle de la thérapeutique par le foie est mis en vedette, tant dans les 67 cas personnels de D., que dans de nombreuses citations d'auteurs anglo-américains.

L'efficacité a été contrôlée par les améliorations cliniques, et par les poussées d'hématies réticulées. D. a recherché, mais sans résultats, un test pratique de vérification sur l'animal. L'effet du foie est indéniable, même sur les symptômes neurologiques, à condition qu'ils ne soient pas de longue date, et sous la dépendance de lésions définitives.

Le traitement consistera donc principalement dans l'absorption de foie, mais un certain nombre de causes d'échec doivent être signalées : c'est l'administration en quantités insuffisantes, l'ébullition du foie de veau, et la méthode défectueuse qui consiste à presser la glande et à n'absorber que le jus. Enfin il faut bien se rappeler que cette thérapeutique ne guérit pas, et qu'il est nécessaire de la reprendre fréquemment aux premiers signes de rechute, et d'instituer un véritable traitement d'entretien.

Les extraits paraissent moins actifs. Mais ils peuvent être employés soit si le foie est mal supporté, soit à titre d'entretien, soit combinés avec le foie frais, pour les traitements des cas rebelles, qui demandent des doses considérables.

On adjoindra une hygiène sévère, et un régime alimentaire qui s'inspirera de la classification de Whipple, où les aliments sont rangés en 3 groupes, suivant leur pouvoir de production hémoglobinique. On se rappellera que les infections retardent les améliorations. On pourra utiliser à titre adjuvant l'acide chlorhydrique et la médication martiale.

La transfusion n'est pas forcément indispensable. Elle dépendra de l'état du malade, plus que de la chute globulaire. Il ne paraît pas qu'elle soit nuisible au traitement par le foie, comme le voudraient les Américains. Mais elle est surtout mise en œuvre dans les cas graves, où une transfusion initiale peut permettre secondairement le traitement de Whipple.

Telles sont les directives générales que D. donne pour la thérapeutique de l'anémie pernicieuse.

A. Escalier.

Titu Vasiliu. *L'ulcère lymphogranulomateux gastro-duodénal* (*Le Sang*, tome III, nº 3, 1929). — Il existe une forme gastro-intestinale de la granulomatose maligne. Parfois, et le plus souvent, il s'agit d'une simple localisation au cours d'une forme généralisée. Les cas gastriques purs sont très rares et discutés. Des cas gastro-intestinaux ont été décrits.

V. en fait un rappel et une rapide analyse. Il y ajoute la description très détaillée de 3 observations personnelles de lymphogranulomatose gastro-duodénale dont 2 avec autopsie. Ces observations portent à 12 le nombre des cas gastro-duodénaux actuellement connus.

Le plus souvent, d'ailleurs, on fait le diagnostic de cancer et c'est l'examen histologique seul qui permet de conclure. Cependant ce diagnostic devient plus facile, lorsqu'il y a atteinte ganglionnaire simultanée. Les troubles gastro-intestinaux font penser à cette localisation spéciale. La biopsie ganglionnaire est l'examen le plus important. Elle affirme la granulomatose par la présence de cellules de Sternberg, et de grandes cellules épithélioïdes.

L'ulcère ne ressemble pas à l'ulcus gastrique classique mais plutôt à un ulcéro-cancer à fond gris rougeâtre adénoïde avec, à la coupe, des nodules sous-muqueux. Il existe une forme infiltrante de toute la paroi. Les bords de l'ulcération sont durs. La muqueuse alentour est cérébriforme.

Pour V., le pronostic serait meilleur qu'il n'est généralement admis.

Ces localisations montrent bien que l'affection ne peut être interprétée comme une hyperplasie lymphatique mais bien réticulo-endothéliale. Elles l'ont incité à reprendre l'idée d'une étiologie tuberculeuse, peut-être sous une forme spéciale de bacille de Koch, idée que viendraient appuyer des séries d'inoculations avec produits filtrés. Il faudrait envisager non seulement un état spécial de l'agent causal, mais une question de terrain modificateur.

A. Escalier.

REVUE DES MALADIES DU FOIE, DU PANCRÉAS ET DE LA RATE
(Paris)

Pierre Goinard. *Les kystes hydatiques du lobe gauche du foie; formes cliniques topographiques* (*Revue médico-chirurgicale des maladies du foie, du pancréas et de la rate*, tome IV, nº 3, Mai Juin 1929). — G. fait une étude des kystes hydatiques du lobe gauche du foie, et montre que c'est la position topographique qui importe surtout, beaucoup plus que l'origine réelle du kyste.

Après un rappel anatomique, il reprend avec observations à l'appui les différentes formes :

Kystes descendants abdominaux, rarement pédiculés, plus souvent sessiles; kystes épigastriques ou gastro-spléniques.

Kystes profonds ne se révélant que d'une façon indirecte par l'abaissement de la rate.

Kystes ascendants thoraciques. Ceux-ci ont pour caractère particulier de déplacer et comprimer le cœur, puis le médiastin. Ils se révèlent non par une symptomatologie pleuro-pulmonaire, mais par un syndrome médiastinal qui se termine en asystolie. La radiographie de profil peut y être d'un grand secours diagnostique.

La localisation viscérale est parfois difficile à mettre en évidence même par la radiographie, et il est souvent impossible de différencier les kystes du foie et ceux de la rate; certains sont d'ailleurs hépato-spléniques. C'est l'entité topographique qui présente un réel intérêt. C'est elle qui permet de régler, selon les cas, les différentes voies d'abord.

A. Escalier.

Jean Minet. *L'avenir des cholécystites chroniques traitées par l'hexaméthylène-tétramine en injections intraveineuses* (*Revue médico-chirurgicale des maladies du foie, du pancréas et de la rate*, tome IV, nº 3, Mai-Juin 1929). — M. relate les résultats qu'il a obtenus, depuis 1920, avec les injections intraveineuses d'hexaméthylène-tétramine dans les cholécystites chroniques, bien entendu sans phénomènes mécaniques d'enclavement. Il pratique 15 injections, par séries de 5, séparées par des intervalles égaux de repos, afin de ménager les veines. L'effet est particulièrement rapide. Sur 65 cas observés, il a obtenu 78 pour 100 de guérisons et seulement 17 pour 100 de cas négatifs. Il rappelle en quelques mots les expériences de Duthoit portant sur l'action bactéricide de l'hexaméthylène-tétramine et sa valeur antiseptique *in vivo*. Ces expériences montrent aussi que l'action du produit n'est pas due à un dégagement de formaldéhyde mais bien à des propriétés antiseptiques du médicament lui-même. D'où l'importance de le faire agir par injections, pour éviter l'influence des sucs digestifs et des variations dans l'absorption, et surtout en injections intraveineuses, qui permettent une action plus sûre et plus rapide de l'hexaméthylène-tétramine.

A. Escalier.

REVUE ODONTOLOGIQUE
(Paris)

Ombrédanne. *Fissures de l'arcade gingivale chez les enfants* (*Revue odontologique*, tome L, nº 6, Juin 1929). — O. ayant remarqué que, dans le bec-de-lièvre unilatéral total, la chéiloplastie avait pour conséquence de rapprocher les 2 fragments fissurés, d'où un rétrécissement transversal du palais, propose de faire précéder la chéiloplastie de la section du tubercule incisif et de sa bascule. Le tubercule incisif ainsi isolé sert de verrou et s'oppose au rapprochement de l'arcade aplasique.

Dans le bec-de-lièvre bilatéral, il condamne l'opération de Brophy, le procédé d'Arbuthnot Lane qui provoque un rétrécissement transversal du palais et une forte perturbation des germes dentaires. Il recommande la reposition du tubercule médian, sa suture sans avivement, les fils étant passés au-dessus des germes. Il rappelle son procédé autoplastique pour lutter contre l'aplatissement de la narine et contre le retrait inesthétique de la lèvre supérieure, et il montre la nécessité de sa distension progressive, puis de la pose d'une prothèse avec dents artificielles qui maintienne la lèvre et éverse son bord libre muqueux.

C. Ruppe.

ANNALES des MALADIES VENÉRIENNES
(Paris)

J. Gouin et P. Daoulas (Brest). *Deux cas de chancres syphilitiques intra-urétraux chez la femme* (*Annales des maladies vénériennes*, t. XXIV, nº 8, Août 1929). — Les chancres syphilitiques intra-urétraux chez la femme doivent être très rares, car il n'en existe pas d'observation publiée dans la littérature syphiligraphique. Aussi nous semble-t-il intéressant de signaler les 2 cas suivants :

Obs. I. — Une prostituée de 24 ans entre à l'hôpital, avec le diagnostic d'urétrite aiguë. Les frottis

sont positifs au point de vue gonocoque. La femme est mise alternativement au vaccin et à la gonacrine avec de grands lavages au permanganate de potasse. Elle a subi tous les mois, depuis 2 ans, des réactions de Wassermann et, à son entrée, celles-ci sont encore négatives. Au bout d'un mois, malgré le traitement antigonococcique, l'écoulement persiste et l'on y trouve encore du gonocoque. Un mois après encore, la séro-réaction est toujours négative. A partir de ce jour, la malade se plaint de douleurs locales, elle accuse une fatigue générale et se plaint de douleurs dans les cuisses. A l'examen, l'urètre est douloureux, congestionné, turgescent, le doigt décèle dans la partie moyenne une induration anormale, l'urètre donne au toucher l'impression d'une olive ligneuse, la pression en est douloureuse, et c'est à peine si l'introduction digitale est supportée. Dans l'aine droite, on trouve une pléiade ganglionnaire et le diagnostic de chancre syphilitique possible est porté. Une séro-réaction donne — + — +; un frottis décèle la présence de tréponèmes : le diagnostic de chancre syphilitique est confirmé. La malade est mise au traitement spécifique.

Obs. II. — Une prostituée de 26 ans entre à l'hôpital pour urétrite aiguë. A son entrée, elle présente un urètre dur au toucher avec des ganglions à gauche. La recherche des tréponèmes faite ce jour est positive, la réaction de Bordet-Wassermann est également positive. A signaler ici que tout le corps de l'urètre est cartilagineux et laisse sourdre une abondante sécrétion blanchâtre qui a servi à la recherche du tréponème. Contrairement au cas précédent, le toucher ne fait naître aucune douleur violente. La malade est mise au traitement spécifique.

Ces deux observations sont intéressantes à plusieurs points de vue. Elles posent d'abord le problème du mode de contagion. Dans le premier cas, l'inoculation a été faite à la faveur d'un traumatisme dû à une canule de métal introduite par un médecin; cette canule fit saigner l'urètre et favorisa l'inoculation tréponémique ; le soir — la malade est catégorique sur ce point — elle n'eut qu'un rapport sexuel. A noter que le Wassermann n'est devenu positif que 2 mois après ce coït. Dans le second cas, toute recherche est infructueuse ; peut-être un coït *ab ore* a-t-il été la cause de l'infection.

La première femme ne donna lieu à aucune contamination, ayant été hospitalisée de suite. La seconde, entrée pour son urétrite, le 3 Octobre, avec un Wassermann +, avait eu un mois auparavant une séro-réaction négative. Dans cet intervalle elle avait pu contaminer 3 marins qui ne peuvent invoquer comme contamination que cette femme, la seule avec qui ils aient eu des rapports avant de partir en voyage. Ceci illustre la nécessité de répéter très fréquemment les séro-réactions chez toute prostituée même non suspecte de syphilis.

J. Dumont.

REVUE FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE (Paris)

R. Keller (Strasbourg). ***Les dangers de la myomectomie*** (*Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, tome XXIV, n° 6, Juin 1929). — L'opération idéale du fibrome utérin est incontestablement d'enlever la tumeur seule et de laisser un utérus intact, mais aussi idéale que puisse paraître cette méthode de prime abord il ne faut pas oublier qu'elle comporte une série d'inconvénients et même de dangers, que K. tient à exposer de nouveau, bien qu'ils soient connus.

D'abord, au cours même de l'opération, on peut éprouver certaines difficultés pour faire une hémostase parfaite (veines de la capsule périfibromateuse). Or l'hémostase parfaite est nécessaire si l'on veut prévenir l'infection de l'utérus surtout quand on a été conduit à ouvrir la cavité utérine. Cette infection est encore plus à craindre quand on a eu affaire, non pas à un fibrome unique, mais à des fibromes multiples situés un peu partout dans la paroi utérine et dont l'énucléation a provoqué parfois de grands délabrements du tissu restant de l'utérus. Il faut ajouter que, dans ces derniers cas, par suite de l'irrégularité et de la non-herméticité des sutures appliquées sur une paroi utérine déchiquetée par la myomectomie, il se fait plus tard des adhérences entre les parties cruentées et l'intestin, avec tous les ennuis qui en dérivent : douleurs abdominales, dysménorrhée, gêne du transit intestinal, et parfois occlusion intestinale.

En fait, les statistiques de myomectomies signalent une mortalité assez élevée, en moyenne de 10 p. 100, alors que la mortalité des opérations radicales pour fibromes ne dépasse pas 2 à 3 pour 100.

Un des plus grands reproches qu'on puisse faire à la myomectomie, soit vaginale, soit abdominale, c'est de ne pas permettre de palper avec certitude les petits noyaux fibromateux, souvent minuscules, inclus dans la paroi utérine et qui par leur développement ultérieur donneront lieu à des récidives exposant le malade aux mêmes troubles qu'avant l'opération de la myomectomie. Ce danger de la récidive s'évalue, d'après les statistiques, à environ 14 pour 100.

Il convient d'ailleurs d'ajouter que, même dans les cas où l'on ne peut pas constater l'éclosion de nouveaux noyaux fibromateux, bon nombre de malades (environ 32 pour 100) gardent après la myomectomie les ennuis qu'elles avaient avant cette opération, ennuis consistant surtout en hémorragies et en douleurs, lesquelles disparaissent évidemment complètement après l'opération radicale, mais qui peuvent persister quand on laisse en place un utérus ayant hébergé une série de fibromes.

Enfin, si la myomectomie a l'avantage de ménager la possibilité d'une grossesse (5 pour 100 dans les bonnes statistiques) chez les femmes jeunes, elle comporte aussi un danger : celui de la rupture possible au cours de la grossesse ou de l'accouchement de l'utérus devenu gravide, au niveau d'une des cicatrices résultant de la myomectomie.

En présence de cette série d'inconvénients et de dangers de la myomectomie, on est en droit de se demander si vraiment ils sont compensés par le désir de conserver à la femme ses règles et la possibilité d'une grossesse. Et K. conclut que ce n'est qu'en cas de volonté formelle de la femme et après l'avoir informée de tous les inconvénients et dangers en question, qu'on sera autorisé à pratiquer la myomectomie.

J. Dumont.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE

P. Bertrand et F. Carcassonne. *Les péritonites aiguës généralisées à gonocoques* (*Gynécologie et Obstétrique*, tome XIX, Mai 1929). — Les péritonites aiguës pelviennes sont une complication assez rare, mais redoutable, de la vulvite blennorragique des enfants et des petites filles. Ce ne sont point ces faits bien connus qu'étudient B. et C., non plus que les faits de péritonite pelvienne gonococcique à symptômes graves et tournant court, mais les péritonites aiguës, généralisées, à gonocoque, alors qu'aucun symptôme préalable n'a attiré l'attention de la malade sur l'affection causale.

Pathogénie. — La porte d'entrée est tubaire. Le gonocoque séjourne dans l'utérus, mais n'a pas atteint la trompe qui est largement perméable, ce qui permet l'invasion brusquée du péritoine. L'infection de la séreuse est d'autant plus rapide et plus importante que le microbe est plus abondant et plus virulent.

La menstruation constitue une circonstance favorisante : très souvent, les accidents débutent peu après la fin des règles.

Le coït, les traitements intra-utérins jouent un rôle analogue.

Anatomie pathologique. — Pus vert, abondant, sans odeur, péritoine rouge, anses libres sans fausses membranes (à la différence de la pelvi-péritonite). Les trompes sont rouges et tomenteuses ; elles laissent parfois sourdre du pus crémeux par l'*ostium abdominale* ; d'autres fois, l'expression est nécessaire pour le faire apparaître à cet orifice.

Etude clinique. — Signes de péritonite généralisée, avec température à 39°-40° et pouls à 120-140.

Le diagnostic avec la péritonite appendiculaire est souvent difficile ; souvent, on opère croyant à une appendicite et on fait le diagnostic en opérant.

Pas de pertes blanches, pas de signes cliniques de chaude-pisse, pas de renseignements par le toucher vaginal.

Une péritonite par ulcus gastrique, une gestation ectopique rompue, une péritonite *post abortum* peuvent, aussi, être d'un diagnostic délicat.

Traitement — Il faut opérer, comme faire se doit, dans toutes les péritonites aiguës généralisées. L'opération, après vérification de l'état du tube digestif, mènera sur les trompes d'où sort le pus.

Faut-il hystérectomiser ? L'hystérectomie a eu des succès. Pourtant, il semble préférable, comme le veut Cotte, de pratiquer la salpingectomie avec conservation utéro-ovarienne.

On peut faire encore moins de mutilation : laparotomie médiane, mise en place d'un Mikulicz qui s'étalera en arrière de l'utérus et des annexes, à la façon d'un éventail ouvert. C'est la conservation maxima : d'ailleurs, dans un cas de B. et C., dans un cas de Cotte, l'hystérosalpingographie, pratiquée trois mois après les accidents, montra des trompes bouchées. Et, alors, on peut se demander si ce conservatisme absolu n'a pas plus d'inconvénients que la salpingectomie qui préserve ces malades des poussées ultérieures de pelvi-péritonite.

Henri Vignes.

REVUE FRANÇAISE DE PÉDIATRIE (Strasbourg)

R. Waitz (de Paris). ***Les convulsions des premiers jours*** (*Revue française de Pédiatrie*, tome V, n° 2, Avril 1929). — Sur une série de 1.471 nouveau-nés, W. a observé 19 cas de troubles moteurs, contractures ou convulsions, soit avec une fréquence de 1,4 pour 100. De leur étude il tire les conclusions suivantes :

Au point de vue étiologique, les maladies observées chez la mère pendant la gestation, les maladies des parents, toxiques ou infectieuses, et la syphilis en particulier, l'hérédité nerveuse ne jouent qu'un rôle très accessoire, sinon nul. Seuls interviennent les *facteurs obstétricaux* : primiparité, rétrécissements du bassin, gémellité, présentation du siège, travail long, rupture prématurée des membranes, interventions, prématurité ou poids exagéré du fœtus.

Des syndromes cliniques précèdent souvent les convulsions : souffrance fœtale *in utero* (42 p. 100 des cas) et surtout état de mort apparente à la naissance (64 pour 100 des cas).

Cliniquement, les troubles moteurs, apparaissent le plus souvent après un intervalle libre de 2 à 4 jours. Ils comprennent les *contractures permanentes* (1 cas sur 19) et surtout les *convulsions* (18 cas sur 19), soit cloniques (56 pour 100), soit toniques (17 p. 100). Aux formes toniques, se rattachent les formes frustes (27 pour 100) qui comprennent les convulsions oculaires, les états d'hyperexcitabilité musculaire et les morts subites.

Aux convulsions, s'ajoutent habituellement d'autres symptômes : tension de la fontanelle, vomissements, troubles de la courbe pondérale et surtout troubles de l'équilibre thermique.

L'évolution se fait le plus souvent vers la guérison. Après 2 ou 3 jours, les crises s'espacent et diminuent d'intensité. Dans 5 cas toutefois, W. a observé le décès de l'enfant. Une fois, la mort fut très rapide.

La *ponction lombaire* permet dans tous les cas de recueillir du liquide céphalo-rachidien ; ce dernier est presque toujours abondant et souvent hémorragique. A l'examen cytologique et chimique, l'*œdème aigu des méninges* est presque constant.

L'*étude anatomique* des 5 cas décédés montra l'existence de lésions cérébro-méningées, liées à l'accouchement et l'impossibilité d'établir des syndromes de localisation.

Le *pronostic* est assez grave, car la mortalité immédiate est de 26 pour 100. Ultérieurement,



Médication Opothérapique
EXTRAITS TOTAUX
CHOAY
Obtenus par dessiccation rapide, dans le vide, vers 0°,
d'organes soigneusement récoltés, auxquels ils sont équivalents.
SYNCRINES CHOAY
Résultant de l'association d'Extraits totaux,
en formules qui répondent aux principaux syndromes
COMPRIMÉS · CACHETS · PILULES · AMPOULES
CHOAY
Échantillons sur demande au LABORATOIRE CHOAY
48, Rue Théophile Gautier, PARIS-16e-Tél. Auteuil 44-09

l'enfant reste exposé à toutes les séquelles des lésions cérébro-méningées.

En terminant ce mémoire, W. insiste sur ce fait qu'il n'existe pas chez le nouveau-né de convulsions essentielles, ni de réflexes convulsifs. Il y a seulement des convulsions symptomatiques de lésions méningées. G. Schreiber.

Lydia Bytch. ***La fièvre protéinique chez le nourrisson*** (*Revue française de Pédiatrie*, tome V, nº 2, Avril 1929). — Les états fébriles sans symptômes d'une infection quelconque s'observent surtout chez les nourrissons athrepsiques ou hypothrepsiques. Dans ces états morbides, par suite de la grande instabilité du métabolisme aqueux, la fièvre peut être due à l'alimentation trop concentrée.

Deux types de « *fièvres alimentaires* » se rencontrent notamment : *la fièvre saline* provoquée par l'absorption de solutions salines et la *fièvre protéinique*. Cette dernière peut être obtenue chez les nourrissons en leur donnant des mélanges très concentrés comme le mélange de Moro (lait non écrémé + 5 pour 100 de beurre + 12 pour 100 de sucre) ; le lait sec dilué dans la moitié d'eau nécessaire (Corean et Klein) et le lait sec à 11 pour 100 (Schiff et Eliasberg). Si on alimente un enfant avec de tels mélanges pendant 3 jours consécutifs, on obtient une élévation thermique de 38°, 39°. La fièvre baisse dès qu'on augmente l'eau.

Pour étudier les causes de l'apparition de la fièvre protéinique, B. a fait quelques expériences sur les nourrissons et elle en conclut que cette fièvre de nature périphérique est provoquée par la glycémie et sous la dépendance des fonctions hépatiques.
G. Schreiber.

LE PROGRÈS MÉDICAL
(Paris)

A. Zimmern. ***L'introduction électrolytique des médicaments analgésiques*** (*Le Progrès médical*, nº 23, 8 Juin 1929). — L'idée de se servir de l'électricité pour faire pénétrer les médicaments dans l'organisme à travers le tégument serait assez ancienne. Mais l'électrolyse et la dissociation des molécules qu'elle permet sont venues apporter une nouvelle faveur à la méthode. L'organisme, placé entre 2 électrodes, pourrait être assimilé à un système de 3 cuves électrolytiques, séparées par des membranes perméables.

La peau n'a évidemment pas la simplicité constitutive d'une membrane. Pauvre en électrolytes, elle oppose au passage du courant une résistance élevée. L'obstacle sera d'autant plus considérable que la masse de l'ion sera plus grande.

Une fois la surface cutanée franchie, l'ion thérapeutique subit un sort différent : absorbé, véhiculé ou fixé suivant les cas. Les expériences sur l'animal semblent prouver qu'aucune substance introduite de cette façon ne saurait dépasser le tissu cellulaire cutané.

Dans sa lutte contre l'élément douleur qui est une de ses applications les plus étendues et les mieux établies, l'ionothérapie utilise de nombreuses substances. L'expérience a conduit à sélectionner parmi les anesthésiques : la morphine, la cocaïne, la stovaïne et la carvaïne. Avec cette substance en solution à 5 pour 100 avec 2 à 10 milliampères pendant environ 15 à 20 minutes, Z. a obtenu une anesthésie suffisamment profonde pour permettre toute une série de petites interventions dermatologiques.

Comme analgésiques, on a utilisé l'ion quinine, l'ion aconitine, l'ion salicylé, emprunté au salicylate de soude, l'ion lithium, l'ion hyposulfureux, le calcium, le radium, le magnésium.

La technique de l'introduction électrolytique ne diffère des applications galvaniques ordinaires que par l'imprégnation des électrodes spongieuses par des solutions médicamenteuses qu'il conviendra, suivant leurs signes, de relier au pôle convenable : les anions au pôle négatif, les cathions au pôle positif. Le plus grand soin doit être apporté à l'élimination des ions parasites et une série de détails sont importants pour avoir de bons résultats.

Les doses réellement introduites sont toujours inférieures au chiffre trouvé par le calcul, car malgré les précautions de technique les plus sévères on ne peut éliminer complètement les ions parasites.

Faute d'avoir pris les précautions de technique indispensables, l'abondance des ions parasites, plus petits et plus rapides, peut réduire l'introduction de l'ion actif à un taux négligeable.
Robert Clément.

JOURNAL DES PRATICIENS
(Paris)

P. Nobécourt. ***Les formes graves de la chorée de Sydenham*** (*Journal des Praticiens*, tome XLIII, nº 26, 29 Juin 1929). — A propos de 3 observations de chorées de Sydenham, l'une avec hypotonie, toutes 3 avec endocardite, N. passe en revue les signes, le pronostic et l'étiologie des formes graves de la chorée.

2 à 3 pour 100 des chorées se terminent par la mort.

Elles sont surtout graves à la puberté et pendant la grossesse.

L'intensité des mouvements, les troubles de déglutition, la fièvre, l'infection cutanée, l'hypotonie sont des signes de gravité ainsi que les troubles psychiques.

Les lésions du système nerveux sont des lésions d'encéphalite prédominant souvent aux noyaux gris centraux, quelquefois sur l'écorce cérébrale.

Il existe des chorées rhumatismales ; elles sont moins fréquentes que ne le disent les classiques.

Un certain nombre de chorées graves appartiennent à l'encéphalite épidémique.

Peut-être d'autres relèvent-elles d'un virus autonome neurotrope. Robert Clément.

LE SUD MÉDICAL ET CHIRURGICAL
(Marseille)

J. Garcin. ***La cholécystographie par voie buccale ; ses échecs ; ses erreurs*** (*Le Sud médical et chirurgical*, tome LXI, nº 2095, 15 Mai 1929). — G. a pratiqué 412 examens radiologiques de la vésicule biliaire par la méthode de Graham. Dans 346 cas, la vésicule était visible ; dans 19 cas, la vésicule était invisible, mais on percevait les calculs ; dans 47 cas, on ne voyait pas la vésicule.

Il utilise uniquement la voie buccale. La dose de 10 centigr. par kilogramme lui paraît indispensable. Elle est parfaitement tolérée et suffit pour obtenir une bonne injection de la vésicule biliaire. Sur les 412 cas, on a constaté 2 fois des vomissements avec rejet de toutes les pilules, une fois la persistance de pilules intactes dans l'estomac à la 13e heure et une fois une diarrhée profuse. On ne peut pas considérer comme inconvénient sérieux un léger état nauséeux avec goût d'iode ou une légère diarrhée.

Ni l'ictère ni l'urticaire ne sont des contre-indications à l'emploi du sel de tétra-iode.

Les échecs sont dus à la mauvaise qualité du produit dont la qualité essentielle est la pureté et la fraîcheur. Le défaut d'assimilation est une des causes d'échec de la méthode buccale ; l'usage d'une eau alcaline favorisera la dissolution des pilules et l'absorption de leur contenu.

Le point optimum de la coloration est à la 13e heure.

La technique radiographique est très importante pour obtenir une bonne visibilité.

Si on se met à l'abri des erreurs de technique, la cholécystographie par voie buccale est une méthode simple, inoffensive et probante dans 99 pour 100 des cas. Robert Clément.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

P. Bertoye. ***Sur quelques complications encéphaliques et méningées au cours de la coqueluche*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome X, nº 228, 5 Juillet 1929). — B. rapporte 3 observations. Une enfant de 7 ans présenta brusquement un syndrome méningé avec fièvre et liquide céphalo-rachidien normal suivi le lendemain d'une hémiplégie avec exagération des réflexes. Après 3 jours de coma, la température s'améliora et alors débuta une coqueluche bénigne.

Une fillette de 3 ans 1/2 présenta, à la 5e semaine d'une coqueluche normale, une poussée fébrile avec un coma qui dura plusieurs jours. Liquide céphalo-rachidien normal, sauf Pandy positif. A la suite, strabisme, hypertonie et hyperkinésie parkinsonienne.

A la 10e semaine d'une coqueluche survenue chez un bébé de 8 mois, on observa un épisode méningé, des clonies oculaires et faciales, 80 lymphocytes et 0 gr. 80 d'albumine dans le liquide céphalo-rachidien. Persistance des clonies pendant plusieurs mois.

A propos de ces 3 observations, B. passe en revue les paralysies et les encéphalites observées au cours de la coqueluche et discute la pathogénie de ces accidents.

Il est impossible, à l'heure actuelle, de dire s'il s'agit d'une localisation encéphalique du virus de la coqueluche qui paraît avoir une certaine affinité pour le système nerveux, ou si on se trouve en présence d'une encéphalite épidémique dont le développement est favorisé par la coqueluche.
Robert Clément.

H. Pigeaud. ***Les hémorragies intracraniennes chez le fœtus au cours des premiers mois de la vie intra-utérine*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome X, nº 228, 5 Juillet 1929). — P. rapporte 7 observations d'hémorragies méningées, observées chez des fœtus expulsés spontanément au cours des 6 premiers mois de la grossesse. Ces lésions hémorragiques ont pu être notées dans 12 pour 100 environ des fœtus examinés.

Les fœtus ayant été expulsés la plupart du temps, renfermés dans des œufs complets et protégés de tout traumatisme par une quantité notable de liquide amniotique, on ne peut attribuer une pathogénie traumatique à ces hémorragies méningées comme à celles du nouveau-né. D'ailleurs certaines hémorragies anciennes ont paru être antérieures à la mort.

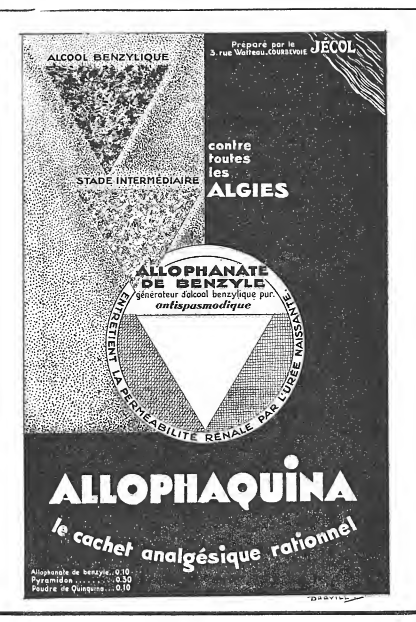
On peut se demander si ces hémorragies intracraniennes n'ont pas tué le fœtus et amené l'avortement. Dans d'autres cas les hémorragies sont plus discrètes, et la mort du fœtus doit être attribuée aux tares concomitantes, notamment lésion du foie et des endocrines.

Dans 2 cas il y avait des hémorragies viscérales intrahépatiques et l'on doit pouvoir rattacher ces hémorragies à une même cause : des altérations vasculaires et une hypertension de territoire.

P. pense que, dans la majorité des cas, la tare héréditaire qu'il faut incriminer est l'hérédo-syphilis. Les œufs se sont montrés normaux : il n'y avait pas de malformation du cordon ni du fœtus. Un des fœtus était un hérédo-syphilitique certain. L'examen microscopique des méninges hémorragiques a révélé l'existence d'une inflammation discrète dans quelques cas et une méningo-encéphalite chez le fœtus hérédo-syphilitique. Dans les 6 cas où la syphilis n'était pas évidente, on peut cependant la soupçonner, grâce à ces petits signes anatomo-pathologiques.
Robert Clément.

A. Cade et M. Levrat (Lyon). ***La symptomatologie pylorique dans les sténoses hautes du jéjunum*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome X, nº 231, 20 Août 1929). — Les sténoses sus-vatériennes du duodénum et les sténoses pyloriques ont une symptomatologie très voisine ; cliniquement, il est le plus habituellement impossible de les distinguer, et seule la radioscopie tranche entre elles. Les sténoses sous-vatériennes du duodénum ont une symptomatologie qui est déjà mieux individualisée ; elles se distinguent, en particulier, des sténoses pyloriques par l'existence possible de grands vomissements bilieux ; mais ceux-ci peuvent manquer et, en dehors de la radioscopie, l'erreur est facile entre sténose sous-vatérienne du duodénum et sténose pylorique. Il s'agit là de faits classiques.

Mais les sténoses hautes du jéjunum peuvent déterminer, elles aussi, des symptômes cliniques de


ALCOOL BENZYLIQUE
Préparé par le JÉCOL
3, rue Watteau, COURBEVOIE
contre
toutes
les
ALGIES
STADE INTERMÉDIAIRE
ALLOPHANATE
DE BENZYLE
générateur d'alcool benzylique pur.
antispasmodique
ENTRETIENT LA PERMÉABILITÉ RÉNALE PAR L'URÉE NAISSANTE
ALLOPHAQUINA
le cachet analgésique rationnel
Allophanate de benzyle..0.10
Pyramidon..........0.30
Poudre de Quinquina...0.10

sténose du pylore : estomac dilaté, vomissements d'aliments ingérés la veille, ondes péristaltiques gastriques : C. et L. en rapportent quelques exemples. Il convient donc d'étendre aux portions hautes du jéjunum la symptomatologie classique des sténoses duodénales sous-vatériennes.

Les vomissements bilieux et l'examen radioscopique sont les deux seuls moyens de diagnostic entre sténose pylorique et sténose jéjunale à forme pylorique. Les vomissements bilieux ont une importance diagnostique très grande, mais ils ne permettent pas de distinguer une sténose sous-vatérienne d'une sténose jéjunale. Seule la radioscopie permet cette différenciation, en montrant l'arrêt de la baryte en amont ou en aval de l'angle duodéno-jéjunal.

S. Bonnamour, A. Badolle et P. Bernay (Lyon). ***Les signes radiologiques de la colite tuberculeuse*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome X, n° 231, 20 Août 1929). — Les signes radiologiques de la colite tuberculeuse ont une très grande valeur. Ils sont de deux ordres, portant soit sur le transit, soit sur l'image intestinale elle-même :

1° Deux *modifications du transit* méritent de retenir l'attention : la stase iléale et l'hyperkinésie colique.

Il y a *stase iléale* lorsque, à la 7e heure, le cæcum est encore vide, l'estomac étant évacué dans les délais normaux ou encore lorsque le grêle n'est pas vidé à la 12e heure, toute cause de gêne du transit en amont étant écartée. Kantor voit là une réaction de défense fonctionnelle pour la protection d'un segment intestinal lésé. Mais cette stase iléale n'acquiert toute sa valeur que si elle s'accompagne d'*hyperkinésie colique*, car c'est alors que l'hypothèse de Kantor prend toute sa signification : tout se passe comme si l'iléus attendait qu'une bouchée ait franchi la zone ulcérée pour en envoyer une seconde.

Quoi qu'il en soit, ces troubles du transit, signes indiscrets, ne suffisent pas à poser un diagnostic de colite tuberculeuse. Il est indispensable, pour porter ce diagnostic, de trouver avec eux un des aspects suivants, autrement significatifs parce que *signes directs* qui inscrivent les lésions sur les films.

2° *Etude de l'image colique*. — a) *Image de Stierlin*. — Le premier aspect, le plus caractéristique réalise l'*image de Stierlin* type : sur un segment plus ou moins long, l'intestin sus- et sous-jacent étant correctement rempli, on perd la trace de la bouillie. La transition est insensible; les contours s'estompent; l'homogénéité de l'ombre disparaît, le calibre diminue, enfin, le passage de la baryte n'est plus saisissable que sous la forme de minces traînées filiformes, à peine visibles, dessinant un réseau ténu.

b) *Image vacuolaire*. — Le deuxième aspect montre, entre deux segments bien remplis, un segment vide. Mais, là, les contours sont plus ou moins nettement visibles, le segment ulcéré apparaît sous la forme d'une tache claire dans laquelle la bouillie en « sautant » le segment ulcéré passe rapidement, dessinant d'irrégulières pommelures à peines opaques. C'est ce que les auteurs appellent l'*image vacuolaire*.

c) *Déformation des contours*. — Le troisième aspect réalise une image totalement différente, il y a ici *réplétion, mais avec déformation des contours*. Dans les formes ulcéreuses de la tuberculose, le contour apparaît *déchiqueté* sur une plus ou moins grande étendue, lui donnant l'aspect de *bord dentelé* d'un timbre-poste. Dans les formes infiltrantes — et c'est surtout au niveau du cæcum qu'on les rencontre, — les contours sont nets, la baryte moulant un *cæcum rigide dont on ne retrouve plus les encoches*, les contours ont perdu leur galbe arrondi, ils apparaissent comme *cassés*, en *ligne brisée*.

Enfin, et c'est là vraisemblablement le signe le plus précoce, la déformation des contours peut s'inscrire par un signe de très grande valeur : *l'existence au niveau même de l'implantation iléale d'une dépression profonde, parfois régulière, en forme de cupule ou d'encoche, parfois irrégulière, en forme de golfe de carte de géographie, au fond de laquelle s'abouche l'iléon*. Cette image traduit l'infiltration valvulaire et périvalvulaire au siège d'élection des lésions tuberculeuses. Elle s'accompagne volontiers, sans qu'on puisse parler de sténose, sans même qu'il y ait la moindre stase iléale, d'un syndrome radiologique particulier caractérisé par : 1° l'*aspect effilé de la terminaison de l'iléon*; 2° la possibilité de suivre sur cette terminaison iléale des *ondes péristaltiques violentes et profondes*, alors que le péristaltisme du grêle est habituellement trop rapide pour être perçu.

Ces différents aspects s'intriquent volontiers, réalisant des images complexes dans lesquelles les signes d'ulcération chevauchent les signes d'infiltration, comme cela se conçoit d'ailleurs aisément.

En résumé, indépendamment des troubles du transit, qui, signes indirects, n'apportent qu'une présomption, les lésions de la colite tuberculeuse s'inscrivent par deux ordres d'images radiologiques :

1° *Les images de vacuité* indiquent de grosses lésions ulcéreuses, grandes ulcérations et ulcérations confluentes : ce sont là des signes relativement tardifs, ils supposent de grosses lésions anatomiques;

2° *Les troubles des contours*, dont la présence permet de saisir le stade initial des lésions.

A. Cade et M. Milhaud (Lyon). ***Chimisme gastrique : l'épreuve de la caféine*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome X, n° 231, 20 Août 1929). — Une solution de caféine ou de ses sels introduite à petite dose dans la cavité gastrique exerce une action excito-sécrétoire sensiblement équivalente à celle du repas de Boas-Ewald. L'épreuve de la caféine fournit des données comparables à celles des autres méthodes. Elle est recommandée en clinique courante par sa simplicité et sa fidélité suffisante.

La technique en est simple. C. et M. ont employé la caféine en solution dans 250 cmc d'eau pure, aux doses de 0 gr. 03, 0 gr. 06 ou 0 gr. 10 centigr. C'est cette dernière dose qui leur a paru être la meilleure. Afin d'augmenter la solubilité de la caféine, il n'y a aucun inconvénient à lui adjoindre 5 centigr. de benzoate de soude. L'épreuve a lieu le matin, le malade étant à jeun depuis la veille. Le tubage est pratiqué à l'aide de la petite sonde d'Einhorn. S'il y a du liquide à jeun dans l'estomac, on l'aspire, puis le malade boit, par petites gorgées, la solution caféinée. Ensuite, on extrait de quart d'heure en quart d'heure un échantillon du liquide sécrété, pendant une heure ou une heure et quart.

Au point de vue de la valeur séméiologique du chimisme gastrique en général, l'épreuve de la caféine fournit, comme nous l'avons dit, des données comparables à celles des autres méthodes. C'est ainsi que l'étude des observations de C. et M. établit à nouveau que, malgré sa grande fréquence (70 p. 100 des cas), l'hyperchlorhydrie n'est pas constante au cours des ulcères gastroduodénaux et qu'elle peut également s'observer chez des sujets ne présentant aucune ulcération à l'intervention. En ce qui concerne le cancer de l'estomac, alors qu'avec l'histamine ou le repas peptoné C. et M. avaient obtenu 100 pour 100 d'anachlorhydrie, le hasard leur a permis d'enregistrer un cas de cancer vérifié opératoirement avec chlorhydrie normale. Le fait est connu d'ailleurs et l'on sait bien que certains néoplasmes peuvent évoluer, pendant un certain temps, avec une chlorhydrie normale ou même augmentée (ulcéro-cancer). Cette constatation indique que l'anachlorhydrie, qui est de règle chez les cancéreux, peut, cependant, d'une manière exceptionnelle, faire défaut. D'autre part, l'extraction d'un suc gastrique anachlorhydrique peut être obtenue en dehors de tout cancer chez des *névropathes*, ou même dans la *lithiase biliaire*, aussi bien après repas caféiné qu'après tout autre procédé.

Il convient de signaler que, dans certains cas, le repas caféiné pourra provoquer la sécrétion d'un suc *anachlorhydrique*, alors que l'histamine injectée au même sujet permettra d'obtenir un suc contenant de l'acide chlorhydrique libre. Quand on voudra mettre en évidence l'achlorhydrie de l'achylie d'une façon absolue, il sera préférable de recourir à l'histamine dont la puissance excito-sécrétoire est nettement plus grande.

A. Cade et Bergeret (Lyon). ***La rupture du kyste hydatique de la rate et particulièrement la rupture dans les voies digestives*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome X, n° 231, 20 Août 1929). — La rupture dans les voies digestives est une complication exceptionnelle du kyste hydatique de la rate, qui est lui-même une localisation rare de l'echinococcose. Les auteurs l'étudient à propos d'une observation personnelle, où un kyste splénique non suppuré s'ouvrit dans le côlon.

Survenant le plus souvent à la suite d'un traumatisme ou d'un effort, elle se signale par une douleur brusque et violente, suivie d'un état de shock, d'une poussée d'urticaire, d'une évacuation de liquide hydatique par les fèces et d'une disparition de la tumeur splénique. L'issue est généralement favorable, mais le kyste peut ultérieurement reprendre son évolution, ce qui conduirait à une intervention chirurgicale.

Le diagnostic de la rupture n'est pas malaisé, mais il est parfois délicat de localiser le kyste de façon précise.

Le malade de C. et B. ne fit qu'un court séjour dans leur service, la proposition d'une intervention l'ayant effrayé et les réactions biologiques ne purent être pratiquées.

BRUXELLES MÉDICAL

C. W. Crile (de Cleveland). ***Remarques sur la cause et le traitement de l'hyperthyroïdisme avec quelques considérations spéciales sur l'interdépendance de la thyroïde, de la surrénale et du système nerveux*** (*Bruxelles médical*, tome IX, n° 36, 7 Juillet 1929). — Le système nerveux peut être considéré comme comprenant non seulement le système nerveux central et végétatif, mais aussi le corps thyroïde et la surrénale puisque ensemble ces glandes contrôlent la transformation de l'énergie et son utilisation chez les animaux.

L'hyperthyroïdisme n'est pas avant tout une maladie de la glande thyroïde mais plutôt une perturbation de l'appareil kinétique ainsi conçu. Il vaudrait mieux l'appeler hyperkinétisme.

Les crises thyroïdiennes peuvent être provoquées par 6 facteurs intra-organiques : les émotions; l'apparition de protéines étrangères (infections); l'asphyxie, les hémorragies; la douleur; l'effort physique. 2 facteurs artificiels peuvent reproduire les crises thyroïdiennes; l'anesthésie par inhalation, l'injection d'adrénaline.

A l'exception de l'injection d'adrénaline, chacun des 8 facteurs énumérés produit une sécrétion plus abondante de l'hormone spécifique de la surrénale. Les symptômes de l'hyperthyroïdisme sont identiques à ceux de l'hyperadrénalisme. Le seul agent responsable des exacerbations aiguës de l'hyperthyroïdisme est la surrénale. L'exérèse d'une des surrénales pratiquée par C. dans 10 cas eut un résultat clinique comparable à celui d'une thyroïdectomie partielle. Il ne fut pas aussi permanent.

Cependant par ailleurs C. a pratiqué 19.168 opérations sur la thyroïde (13.814 thyroïdectomies et 5.354 lobectomies). 10.125 thyroïdectomies ont été pratiquées pour hyperthyroïdisme. La mortalité pour les 1.606 opérations de 1928 fut de 0,6 pour 100. Les crises post-opératoires furent presque abolies et les crises tétaniques et les troubles provoqués par l'atteinte du nerf laryngé réduits à un minimum. 98 pour 100 des malades ont été trouvés en condition soit satisfaisante, soit bonne, soit excellente pendant une période s'étendant de quelques mois à plusieurs années après l'opération.

Robert Clément.

LE SCALPEL

(Bruxelles)

F. Sluys. ***Le traitement de l'hyperthyroïdie par les radiations courtes (X et γ)*** (*Le Scalpel*), t. LXXXII, n° 24, 15 Juin 1929). — L'étude des irradiations des glandes endocrines, normales ou pathologiques, constitue un problème d'une grande


Maladies infectieuses des voies urinaires
URICLARINE
(Comprimés)
Antiseptique entéro-rénal et biliaire
PYÉLITES
COLIBACILLURIE
CYSTITES
GONORRHÉE
LABORATOIRES Pierre BRISSON et Cie
114, Avenue Michelet - St-OUEN - Seine


La Vulcase
Comprimés laxatifs-dépuratifs
au Soufre organique assimilable
Dermatoses - Arthritisme
Affections du Foie et de l'Intestin
Constipation
DERMATOSES-ARTHRITISME
AFFECTIONS du FOIE et de l'INTESTIN
CONSTIPATION
VULCASE
DÉPURATIF
AU SOUFRE ORGANIQUE ASSIMILABLE
LABORATOIRES PIERRE BRISSON & Cie
114 Avenue Michelet
St OUEN-PARIS

complexité en raison des répercussions interglandulaires et des variations dans l'action, selon la dose et les conditions d'application des radiations. La loi d'Arndt Schulz d'après laquelle un agent qui produit un effet excitant à petite dose, à dose plus forte paralyse et enfin à dose forte tue la vie cellulaire, est sujette à de nombreuses exceptions et n'est pas admise par tous les radiogistes.

S. rapporte 8 observations et compare les statistiques et les résultats de divers auteurs. Il conclut que la radiothérapie donne des résultats sinon égaux, du moins voisins, au point de vue de la statistique globale, à ceux obtenus par le traitement chirurgical. Elle donnerait une guérison complète et durable dans 50 pour 100 des cas, beaucoup d'améliorations rendant les malades socialement guéris dans 20 p. 100 des cas. La radiothérapie trouve une indication spéciale dans le traitement des cas très graves à symptomatologie rapidement croissante, métabolisme basal très élevé, amaigrissement rapide et aussi dans les cas légers et frustes.

La radiothérapie ne donnerait pas les lésions conjonctivales, interstitielles et périglandulaires que l'on a accusées de créer des difficultés opératoires.

Les adénomes toxiques et les thyréotoxicoses sont plus résistants et réclament un plus grand nombre de séances. Le pourcentage de succès est moindre.

Il faut, bien entendu, associer aux méthodes radiothérapiques les traitements médicaux comme l'iode, dans certains cas graves d'adénomes toxiques.

Les échecs de la radiothérapie peuvent être opérés et parfois avec un résultat inattendu.

Le métabolisme basal est le meilleur témoin de l'amélioration au cours du traitement.

On emploiera des rayons X, moyennement pénétrants, en séances fractionnées étalées en séries de plusieurs semaines. La rœntgenthérapie profonde n'a que de rares indications.

Le radium peut être employé au lieu des rayons X : son action n'est pas très différente ; il est indiqué chez les malades graves qu'il vaut mieux garder au lit. ROBERT CLÉMENT.

Gaudy. ***Considérations sur la colibacillurie*** (*Le Scalpel*, tome LXXXII, n° 25, 22 Juin 1929). — A propos de 3 observations de colibacillurie rebelle à toute espèce de traitements médicamenteux ou vaccinothérapiques, G. expose le résultat de son expérience concernant cette affection.

Beaucoup de colibacilluries guérissent en peu de temps par des moyens anodins. Lorsqu'elles sont résistantes, le diagnostic causal intestinal n'avait pas été posé ou n'avait pas réagi à l'action thérapeutique. Toutes les fois qu'on a pu identifier de façon indubitable la nature de la cause intestinale et appliquer la thérapeutique voulue, la colibacillurie a cédé rapidement. Dans 2 cas, la colibacillurie a cédé à l'expulsion de nombreux ascaris ; dans le 3e, à une appendicectomie pratiquée à l'occasion d'une crise appendiculaire.

La colibacillurie ne doit pas être considérée comme une affection déterminée, mais comme un symptôme, et c'est à la cause que doit s'attaquer le traitement. ROBERT CLÉMENT.

SPITALUL

(*Bucarest*)

Costin Fulga. ***La réaction de la colophane colloïdale dans le liquide céphalo-rachidien*** (*Spitalul*, tome XLIX, nos 7-8, Juillet-Août 1929). — La résine colophane (arcanson) peut être mise en état colloïdal, en précipitant sa teinture alcoolique dans l'eau distillée. Cette colophane colloïdale a une très grande stabilité et, utilisée pour l'étude du liquide céphalo-rachidien, constitue une réaction facile à exécuter et très sensible aux transformations pathologiques du liquide céphalo-rachidien. L'interprétation des résultats est très aisée et leur inscription graphique représente des courbes caractéristiques.

Les liquides céphalo-rachidiens normaux donnent toujours des réactions négatives ; la floculation est nulle.

Dans la paralysie générale et la tabo-paralysie générale, la réaction est toujours positive, avec le maximum de floculation dans les premiers 5-6 tubes et une courbe caractéristique.

Le tabes flocule la colophane dans 75 pour 100 des cas examinés.

Dans la syphilis cérébro-spinale, active ou latente, la colophane colloïdale donne des réactions positives dans 95 pour 100 des cas. Les courbes obtenues sont caractéristiques pour la syphilis nerveuse ; quelquefois elles sont déplacées un peu « à droite », mais elles peuvent différencier nettement la méningite syphilitique de la bacillaire.

Dans la syphilis secondaire et tertiaire, la réaction de la colophane colloïdale d'intensité moyenne se produit dans 57 pour 100 des cas. La courbe « à gauche » est à angle aigu, du type « crochet de syphilis » (*Lues-Zacke* des auteurs allemands).

Elle donne toujours des résultats positifs dans la sclérose en plaques, comme toutes les réactions similaires, avec une courbe de type syphilitique.

De même, dans la poliomyélite antérieure aiguë épidémique où la réaction de Wassermann est souvent positive, la floculation de la colophane colloïdale dans les premiers 5-6 tubes donne une courbe très rapprochée de la courbe syphilitique.

Les modalités de floculation de la colophane colloïdale, dans toutes ces affections et maladies, sont très semblables à celles décrites pour le mastic colloïdal, tandis que les méningites, tuberculeuses ou autres, non syphilitiques, donnent une floculation « à droite » dont la courbe est calquée sur celle du benjoin colloïdal.

Dans les cas de tumeurs du névraxe, la floculation a été presque totale, avec des courbes particulières à chacun d'eux.

Dans les 287 cas étudiés par l'auteur, la réaction de la colophane colloïdale s'est montrée plus sensible que la réaction de Bordet-Wassermann ou de Guillain-Laroche-Léchelle.

ARCHIV für GYNÄKOLOGIE

(*Berlin*)

Siegert. ***Relations entre l'activité de la glande génitale féminine et celle du lobe postérieur de l'hypophyse*** (*Archiv für Gynäkologie*, t. CXXXVI, fasc. 3, 8 Juin 1929). — L'activité sécrétoire de l'hypophyse a surtout attiré l'attention depuis les travaux de Long et de Evans qui ont mis en lumière l'action de l'hypophyse sur les organes génitaux. Pourtant, depuis assez longtemps, on avait remarqué que les modifications au niveau de l'hypophyse se répercutaient non seulement sur la croissance, mais aussi sur les fonctions génitales.

L'hypophyse comprend trois parties : antérieure, intermédiaire et postérieure. A l'état normal, on trouve deux espèces de cellules : chromophobes et chromophiles. Leur rapport numérique se modifie suivant tel ou tel autre trouble fonctionnel survenu dans la glande.

Ainsi, pendant la gestation, on observe plus de cellules chromophobes et, après la castration, plus de cellules chromophiles. Au moment de la ménopause, on voit plus de cellules à éosine. Dans les cas de castration par irradiation des glandes génitales, on constate plus de cellules chromophobes riches en plasma. Les modifications semblent être réversibles et non définitives.

L'hormone de la partie postérieure exerce une action sur les muscles lisses.

L'hormone du lobe antérieur influence le développement des organes génitaux.

Les auteurs envisagent de façons diverses les différents éléments de l'hypophyse : ainsi Krauss considère les cellules éosinophiles comme une forme spéciale des cellules principales, et Poss voit dans l'éosinophilie un stade de la sécrétion de ces mêmes cellules.

Le lobe moyen qui, suivant sa structure, n'est autre chose qu'une partie phylogénétique rudimentaire du lobe antérieur est en relation étroite avec le lobe postérieur.

La substance du lobe postérieur montre une affinité toute particulière vis-à-vis du tissu nerveux végétatif et sur les muscles lisses, sur les échanges de l'organisme et sur la glande mammaire. L'hormone agit autant sur les centres que sur la périphérie, elle passe directement dans le liquide céphalo-rachidien.

L'hormone de l'hypophyse est-elle simple ou complexe ?

L'action de la sécrétion du lobe postérieur sur l'appareil génital se trouve en relation avec l'intensité de l'activité de la glande génitale et en relation directe avec celle de l'ovaire.

L'hypophyse des animaux castrés pèse plus que la glande des animaux normaux. Cette augmentation est surtout notable après l'application des rayons Rœntgen sur les glandes génitales.

Pour obtenir un extrait hypophysaire actif, on prélève aussitôt la glande, on la met pendant 24 heures dans l'acétone anhydre (qu'on renouvelle 3 fois), puis on dessèche dans le vide sur chlorure de calcium pendant 3 heures à 2 reprises en 24 heures. On conserve sur phosphopentoxyde. Finalement, on pulvérise et on termine l'extraction au moment de s'en servir ; pour ce, on triture une certaine quantité de poudre dans un mortier avec II ou III gouttes d'acide acétique en solution jusqu'à formation d'écume. On laisse reposer deux heures, puis on filtre dans un cylindre gradué. 6 cmc de cet extrait équivalent à 0 gr. 30 de substance sèche. On standardise l'extrait en comparant son action sur les cobayes castrés par rapport aux animaux entiers.

La formation de l'hormone du lobe postérieur de l'hypophyse est influencée par l'activité de la glande génitale. La substance du lobe antérieur par voie sanguine entre en contact avec l'organisme, et celle du lobe postérieur par l'intermédiaire du tissu nerveux. Les expériences des dernières années ont démontré que les divers symptômes, tels arrêt des fonctions génitales, dépôts de graisse, sont en dépendance avec le fonctionnement du lobe antérieur.

L'introduction artificielle dans l'organisme de la substance du lobe postérieur n'a pas d'action sur les fonctions génitales, tandis que l'introduction de la substance du lobe antérieur exerce une action frénatrice nette sur le fonctionnement des organes génitaux.

Le neurohypophyse et la base du cerveau semblent s'influencer réciproquement. On considère qu'étant donné le fait que les centres végétatifs du mésencéphale se trouvent aussi sous l'influence d'autres glandes à sécrétion interne, cette zone occupe une place toute particulière dans le système endocrinien et végétatif.

C'est le mécanisme régularisateur des fonctions hormonales.

De ce qui vient d'être dit, on voit que des relations étroites existent entre l'hypophyse et les fonctions des glandes génitales. HENRI VIGNES.

Woldemar Reiprich. ***Influence de l'hormone sexuelle masculine sur les organes génitaux de la femme et sur l'évolution de la gestation*** (*Archiv fur Gynäkologie*, tome CXXXVI, fasc. 3, 8 Juin 1929). — L'étude de la sécrétion interne des glandes génitales date de 1849 : c'est à ce moment qu'elle fut entreprise par Berthold. Puis, un certain temps, elle resta dans l'oubli, et ce n'est qu'à la fin du siècle dernier que Brown-Séquard la remit à l'étude.

Le travail de R. se fonde sur la transplantation de la glande génitale masculine à la femelle, et la question qu'il cherche à élucider est la suivante : existe-t-il une influence de l'hormone testiculaire sur la conception, la fécondité et la gestation ?

La technique de cette intervention peut varier, mais il semble que la transplantation de fragments de testicule soit la meilleure. Lichtenberg faisait l'hémisection du testicule, qu'il insérait dans les muscles abdominaux, dont les capillaires sont nombreux, ce qui favorise la rapidité de l'implantation. R. pratique l'implantation au niveau du péritoine, et une simple laparotomie sous anesthésie à l'éther permet d'apprécier les résultats.

Peut-on pratiquer la stérilisation par l'hormone

testiculaire ? Pour répondre à cette question, l'auteur pratique la transplantation directe de testicule de lapin à des lapines très fécondes. Après cette opération, on observe une certaine modification du caractère de la lapine : son aspect devient plus viril ; laissée avec un mâle, elle l'évite et, même s'il y a copulation, on n'observe pas de gestation.

Peut-on interrompre la gestation par l'introduction de l'hormone masculin dans l'organisme de la femelle pleine ? L'implantation de testicules du 13e au 18e jour de la gestation provoque l'interruption de cette dernière et une stérilité consécutive de 6 mois. L'implantation du 9e au 13e jour, dans certains cas, provoque l'avortement, mais, dans d'autres, la gestation se poursuit, le nombre de petits étant manifestement diminué. L'implantation d'un demi-testicule ou d'un tiers, à n'importe quel moment de la gestation, ne réussit d'ailleurs pas toujours. L'influence sur la descendance est manifeste : le nombre de petits est nettement diminué. Leur sexe ne semble pas se trouver en dépendance avec la transplantation.

A l'examen microscopique, ou note que le volume des organes génitaux internes de la femelle est moindre et que le clitoris est parfois augmenté de volume. A l'examen histologique, on voit une diminution nette du nombre des vaisseaux au niveau de la muqueuse et des muscles des organes génitaux. La muqueuse est même à un certain degré atrophiée. Le nombre des follicules est diminué ; ils sont atrétiques. Au niveau de l'ovule, on note des lésions diverses. Pendant la première semaine, l'organisme de la femelle manifeste une certaine résistance à l'action du testicule, on ne peut rien noter de particulier microscopiquement. Puis, les organes génitaux internes commencent par s'atrophier. 3 mois après la transplantation, on ne voit plus d'ovules à maturité, on ne trouve que quelques follicules atrétiques. 3 mois plus tard, l'ovaire est augmenté de volume et, 9 mois après l'opération, il se présente comme un gros amas de tissu interstitiel.

Quel est le sort du transplant lui-même? Ou bien il se nécrose, ou bien il subit la dégénérescence fibreuse ; et, finalement, il se résorbe en totalité. A l'examen microscopique, au bout de 2 ou 3 mois, on voit au niveau du testicule transplanté des modifications telles que sa structure normale n'est plus reconnaissable.

De tout ce qui vient d'être dit, on peut conclure à l'antagonisme des glandes génitales des 2 sexes. Mais on ne peut encore pas préciser son mécanisme.

Quelle est l'influence, sur l'organisme de la femelle, d'un testicule ayant été soumis à des rayons de Röntgen? Ce testicule irradié est dégénéré, et pourtant son action hormonale se manifeste nettement dans le même sens.

Expériences par injection d'extraits testiculaires. — Résultats négatifs, sauf avec des extraits qui sont toxiques:

L'injection d'extraits testiculaires a été pratiquée chez la femme à plusieurs reprises dans des cas où il y avait indication à pratiquer l'avortement. Ces essais ont été négatifs.

R. rapporte les résultats obtenus par Scaglioni, Kovacs, Mabuchi, Butomo.

R. rappelle que certains auteurs ont réussi à faire vivre en parabiose, pendant des mois et même des années, des femelles et des mâles. La femelle reste stérile, ses ovaires dégénèrent, ses follicules s'atrésient, les glandes masculines étant, d'ailleurs, plus tôt atteintes que les glandes femelles.

Henri Vignes.

MEDIZINISCHE KLINIK

(Berlin)

A. Rickl. ***Le tympanisme cranien dans les tumeurs cérébrales*** (*Medizinische Klinik*, tome XXV, n° 22, 31 Mai 1929). — L. Brüns avait insisté, il y a une trentaine d'années, sur la valeur de ce symptôme assez rare dans le diagnostic des tumeurs cérébrales. L'observation de R. montre que ce vieux symptôme garde son intérêt, même dans des cas où la sémiologie moderne laissait l'esprit dans le doute ou pouvait l'aiguiller vers un diagnostic erroné.

Un ouvrier de 19 ans souffrait, depuis 6 mois, de céphalées intermittentes, mais violentes, localisées d'abord du côté gauche de la tête, puis généralisées. Il présentait, depuis quelques semaines, des vertiges, de la diplopie, une fatigue progressive qui allait jusqu'à la somnolence et à la confusion mentale, enfin des troubles de la marche. On trouvait un léger degré de Kernig, surtout à gauche, une parésie faciale droite, une hypoesthésie atténuée du trijumeau gauche, de l'exophtalmie gauche, avec paralysie de l'oculo-moteur externe, une tendance de la marche à dévier vers la gauche.

L'examen ophtalmologique révélait une stase papillaire bilatérale, plus marquée à gauche. Mais la ponction lombaire donnait un liquide légèrement trouble, riche en leucocytes, avec 38 cm. de pression en ponction courbe, et des réactions de l'or et du mastic analogues à celles de la méningite tuberculeuse. La radiographie montrait les lésions habituelles de l'hypertension cranienne (distension des sutures, élargissement de la selle turcique), avec de larges plages claires disséminées sur toute la surface cranienne.

Le diagnostic restait en suspens, entre une méningite tuberculeuse et une tumeur cérébrale. Mais on constatait un timbre légèrement tympanique de tout le crâne à la percussion, et un bruit de pot fêlé typique dans la région temporo-pariétale gauche.

Un large volet pariétal gauche permit de faire une décompression, mais ne fit pas découvrir de tumeur.

Le malade mourut au bout de quelques jours. La tumeur était médiane, occupait la région épiphysaire, et affectait le volume d'une mandarine.

Le signe de percussion, malgré sa valeur pour le diagnostic de tumeur cérébrale, n'avait donc pu suggérer que des conclusions erronées au sujet de la localisation. Les autres symptômes aussi, d'ailleurs, ne pouvaient qu'égarer le diagnostic de localisation.

J. Mouzon.

E. Pick. ***La forme gastrique de la tétanie*** (*Medizinische Klinik*, tome XXV, n° 25, 21 Juin 1929). — On connaît encore peu d'observations de spasmes des muscles lisses dans la tétanie, en dehors de la participation du muscle ciliaire. Cependant quelques auteurs mentionnent des spasmes gastriques ou intestinaux au cours des crises (Fala et Kahn, Ibrahim, Ortner, Melchior, Depisch, Kaufmann, Groszmann, Langenskiöld, Kunze).

P. relate 2 cas nouveaux de crises gastriques liées à la tétanie.

Le premier est celui d'une femme de 31 ans, qui souffrait de troubles dyspeptiques depuis des années, qui avait une très mauvaise hygiène alimentaire. Brusquement, cette femme fut prise d'une crise de tétanie typique avec contracture des mains et des pieds et signe de Chvostek. En même temps elle accusait de vives douleurs gastriques avec vomissements répétés. L'abdomen était tendu et douloureux à la pression. Une injection intraveineuse de 10 cmc de chlorure de calcium à 10 pour 100 fit disparaître à la fois la tétanie et les symptômes gastriques. L'examen ultérieur (chimisme gastrique, radioscopie, recherche du sang dans les selles) ne mit en évidence aucune lésion gastrique.

La seconde observation est toute différente. Il n'y avait pas de tétanie manifeste. Mais la malade, âgée de 28 ans, qui avait, elle aussi, une mauvaise hygiène alimentaire, et qui était mal réglée, fut prise, au moment de ses règles, d'une crise de douleurs crampoïdes de la région épigastrique avec vomissements bilieux incessants. Il y avait en même temps quelques crampes dans les bras. Il n'y avait aucun signe gastrique ni biliaire ni péritonéal, mais un signe de Chvostek et un signe de Trousseau. Une injection intraveineuse de chlorure de calcium fit disparaître immédiatement les accidents. 12 heures après, une seconde crise céda moins rapidement au chlorure de calcium. Une troisième fut prise pour une crise de péritonite par deux autres médecins, qui envoyèrent la malade dans une clinique chirurgicale. Là, on s'aperçut qu'il n'y avait pas de lésion organique du tube digestif, et on traita la malade, avec succès, par le vigantol. Les crises disparurent, et l'état général se transforma à la suite d'une cure de rayons ultra-violets.

On peut se demander si l'injection intraveineuse — bien préférable à l'ingestion — de chlorure de calcium n'est pas susceptible d'applications plus nombreuses, même en dehors de la tétanie, dans les cas de spasmes viscéraux d'origine indéterminée.

J. Mouzon.

K. Stejskal. ***L'action d'extraits de rein sur les troubles fonctionnels dans les scléroses rénales*** (*Medizinische Klinik*, tome XXV, n° 26, 28 Juin 1929). — S. a repris, sous une forme nouvelle, les essais d'opothérapie rénale, qui, plusieurs fois repris depuis Dieulafoy, ne sont jamais, jusqu'à présent, entrés dans la pratique.

Les extraits utilisés ont été préparés de manière à conserver leurs éléments lipoïdiques aussi intacts que possible, sans autolyse. Ils ont été injectés par la voie intracutanée, à la dose de 2 à 5 cmc, de manière à réaliser une boule d'œdème cutané de résorption très lente.

Ces injections ont été faites dans 10 cas de sclérose rénale primaire ou secondaire. Elles n'ont jamais provoqué aucune réaction fâcheuse, mais elles ont déterminé, d'une manière constante, une chute importante de la tension artérielle, qui ne se produit pas avec ces extraits chez d'autres malades, ni chez ces malades avec d'autres extraits, et qui se maintient plusieurs jours : des tensions massives de 26 à 30 cm Hg tombent à 17 ou 18 cm. Un cas d'amaurose, qui semblait dû à un angiospasme chez un grand hypertendu, a rétrocédé rapidement à la suite de l'une de ces injections.

S. attribue les résultats observés à une influence activante des lipoïdes spécifiques sur la circulation rénale. Les lipoïdes cérébraux, utilisés suivant la même technique, en injection intracutanée, seraient susceptibles d'agir d'une manière analogue sur certains troubles d'origine encéphalique. S. a vu s'améliorer, dans ces conditions, 3 cas de sialorrhée dus, l'un à une paralysie bulbaire, l'autre à une paralysie pseudo-bulbaire, le troisième à une encéphalite.

J. Mouzon.

E. Hoke. ***Apparition d'une anaphylaxie protéinique non spécifique et d'une sensibilisation à la tuberculine d'origine hétérogène chez 2 enfants atteints de diphtérie*** (*Medizinische Klinik*, tome XXV, n° 26, 28 Juin 1929). — Les observations de H. sont très curieuses, et remettent en question la notion, jadis très controversée et considérée actuellement comme établie, de la spécificité de la cutiréaction à la tuberculine.

Une petite fille de 8 ans fait une diphtérie bénigne, qui cède facilement à la sérothérapie. 4 semaines auparavant, cette enfant a été soumise à la cutiréaction de V. Picquet, et la réaction s'est montrée la même à la tuberculine vraie concentrée, à la « tuberculine vide » de Merck (milieu de préparation de la tuberculine, non ensemencé de bacille de Koch), et à l'eau salée physiologique. La réaction a donc été négative.

Quelques jours après la guérison de la diphtérie, une nouvelle cutiréaction est pratiquée avec les mêmes témoins, et, en outre, avec de la tuberculine privée d'albumose, et avec de la « tuberculine vide » privée d'albumose. La réaction est positive, persistante, typique, d'intensité moyenne, avec tous les témoins, sauf avec l'eau salée physiologique.

4 semaines plus tard, cette réaction anormale a disparu.

H. rapporte un second fait très analogue.

Ces observations sont à rapprocher de celles de Morro et de Kreibich. Elles montrent qu'il est imprudent de se fier au seul témoin de la « réaction traumatique » en présence d'eau salée, pour juger de la cutiréaction à la tuberculine. Un autre témoin doit être utilisé, à la « tuberculine vide », avant de conclure à la positivité.

J. Mouzon.

L. V. Friedrich. ***Troubles intestinaux consécutifs à des cures d'amaigrissement*** (*Medizinische Klinik*, tome XXV, n° 26, 28 Juin 1929). — Parmi les nom-

breux désordres que peuvent déterminer les cures d'amaigrissement entreprises inconsidérément ou trop longtemps poursuivies, — souvent par pure coquetterie, — il faut compter les troubles gastro-intestinaux. F. en rapporte 4 observations. Les symptômes sont avant tout ceux d'une colite du côlon ascendant : douleur spontanée dans la région cæcale, constipation coupée de débâcles diarréiques, selles pâteuses ou glaireuses. Il faut y joindre l'anorexie persistante, qui, dans un des cas, s'associait à une achylie gastrique complète.

L'origine de ces accidents se retrouve quelquefois dans les purgatifs à base d'aloès, de rhubarbe ou de séné, dont les malades ont souvent fait abus au cours de leur cure. Mais les troubles peuvent s'observer même chez des malades qui n'ont pris aucun médicament, et qui se sont astreints seulement à une restriction alimentaire très sévère.

Ainsi une femme de 36 ans, qui s'était mise à un régime très strict d'aliments carnés et de thé, avec suppression complète des farines, avait maigri de 18 kilogr. en 2 mois et demi. Elle ne tarda pas à souffrir de la fosse iliaque droite. En même temps apparurent des nausées, une anorexie complète, des selles pâteuses, glaireuses, biquotidiennes, un état saburral de la langue. Le cæcum et le côlon ascendant étaient douloureux à la pression. Le régime habituellement prescrit dans les colites, joint à l'opothérapie pancréatique, amenèrent la sédation des accidents, mais l'anorexie persista longtemps, et la malade ne reprit jamais de poids.

Dans de tels cas, la modification de la flore intestinale, provoquée par le régime exclusif, les troubles des sécrétions internes et la dyspepsie pancréatique doivent expliquer les phénomènes pathologiques.

J. Mouzon.

J. Clemens. ***Transfusion de sang spécifique*** (*Medizinische Klinik*, tome XXV, n° 26, 28 Juin 1929). — Le procédé de C. est, en somme, — bien qu'il n'en fasse aucune mention, — l'immuno-transfusion. C. transfuse à ses malades, tantôt du sang de sujets qui sont convalescents de la même maladie, tantôt du sang de sujets sains qui ont été préparés par des injections de vaccins microbiens tués (stock ou auto-vaccins) ou de toxines. Bien entendu, les transfusions ne sont faites qu'après essai de la conformité des groupes sanguins.

Depuis 6 ans, C. a appliqué ce procédé aux infections les plus variées : infection puerpérale (6 cas favorables), tétanos, scarlatine, diphtérie maligne, fièvre typhoïde (4 cas favorables), tuberculose articulaire, tuberculose pulmonaire, pneumonie. Il a même inauguré, chez 3 cancéreux, un traitement du même ordre, en leur transfusant du sang de sujets préparés par injection de parcelles de tumeurs de même structure, écrasées et tuées par la chaleur.

C. pense que sa méthode peut suppléer, avec une efficacité accrue, la sérothérapie, en permettant d'introduire dans l'organisme des quantités plus élevées d'antitoxine, et en substituant, au sérum pris sur l'animal, le sang humain total. Il avoue que ses observations ne permettent pas encore de conclure. Mais il demande l'institution d'un organisme central qui groupe les donneurs, et qui permette de soumettre sa méthode à une expérimentation plus large.

J. Mouzon.

H. Krukenberg. ***Observations de rupture et d'usure de l'utérus*** (*Medizinische Klinik*, tome XXV, n° 28, 12 Juillet 1929). — Cet article contient une observation de rupture utérine, et une observation de perforation des culs-de-sac vaginaux par usure et nécrose au cours du travail.

Le premier cas est celui d'une femme de 47 ans, VI-pare, dont les 5 premiers accouchements s'étaient passés sans incident, mais qui avait toujours eu de gros enfants. Cette femme était en travail depuis 36 heures ; la poche des eaux était rompue depuis 16 heures. Un médecin appelé constata une petite paume de main et une présentation du siège. Six heures plus tard, la situation n'avait pas changé, mais les contractions utérines faiblissaient. Le médecin fit 1 cmc de post-hypophyse. Une heure après, la malade tomba brusquement dans le collapsus, et le travail s'arrêta. Le tableau clinique était le tableau classique de la rupture utérine, avec un mauvais facies, un pouls très petit, une température à 38°3. Le bassin n'était pas rétréci. Les bruits du cœur fœtal n'étaient plus perceptibles. Le toucher permettait de sentir une double rupture de la moitié inférieure de l'utérus, l'une à gauche et l'autre à droite. En même temps, on se rendait compte que l'une des fesses butait au-dessus de la symphyse pubienne, ce qui avait rendu l'engagement impossible. Malgré l'expulsion aussi rapide que possible du fœtus mort, qui pesait 4.550 gr., et du placenta, et l'hystérectomie abdominale, pratiquée aussitôt après, la malade mourut 4 jours après de péritonite et de septicémie. Il semble évident que la rupture est due à l'obstacle opposé par la symphyse pubienne à l'engagement d'une présentation du siége, dont le caractère vicieux n'avait pas été reconnu. L'injection d'hypophyse, faite dans ces conditions, n'a pu que l'accélérer.

La seconde observation est celle d'une primipare de 23 ans, manifestement rachitique, qui avait un bassin légèrement rétréci. Le travail durait depuis 24 heures. La dilatation était d'une paume de main, mais la tête n'était pas engagée. Les mensurations radiographiques donnaient 9 cm. pour le diamètre du bassin, 9 cm. 1 ou 9 cm. 2 pour le diamètre de la tête fœtale. On pouvait espérer l'accommodation de celle-ci. Cependant, comme les contractions devenaient plus faibles et plus irrégulières, on administra de la quinine. Mais la température s'éleva à 38°7, le pouls s'accéléra à 120 ; la malade s'affaiblissait ; le cœur fœtal devenait irrégulier. On procéda alors à la perforation et à l'expulsion du fœtus mourant, puis au nettoyage complet de l'utérus. Les suites paraissaient normales et la température baissait, lorsque, le troisième jour, des signes péritonéaux se produisirent, et la malade mourut dans la nuit du cinquième jour. A l'autopsie, il y avait péritonite purulente. Le cul-de-sac vaginal postérieur et le cul-de-sac vaginal antérieur étaient perforés l'un et l'autre, et les deux perforations siégeaient au centre de plaques d'usure nécrotiques, qui semblaient correspondre à la pression prolongée de la tête fœtale, en avant contre la symphyse pubienne, en arrière contre le promontoire. L'accident paraît dû, dans ce cas, à la dureté et à l'incompressibilité anormale du crâne du fœtus, qui ne s'était pas accommodé, ainsi qu'à l'insuffisance et à l'irrégularité des contractions utérines. Une césarienne précoce aurait sans doute empêché ce désastre.

Dans ces deux observations, la péritonite s'est produite, bien que le péritoine lui-même n'ait pas été intéressé par la perforation.

J. Mouzon.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL

(Londres)

Paynes et Steen. ***Les hémostatiques dans le traitement de l'hémophilie*** (*The British medical Journal*, n° 3573, 29 Juin 1929). — Du fait que la valeur hémostatique d'un remède a été établie *in vitro*, il n'en résulte pas fatalement que les résultats doivent être aussi bons *in vivo*. Cela se vérifie particulièrement chez les hémophiles ; on sait en effet que la coagulation du sang hémophile peut être améliorée *in vitro* par un grand nombre de substances, tandis que tout le monde connaît la difficulté très grande que l'on a à arrêter une hémorragie chez un hémophile.

P. et S. ont vérifié cette discordance dans l'action des hémostatiques chez plusieurs hémophiles, en étudiant les variations du temps de coagulation demi-heure par demi-heure après l'administration de l'hémostatique. Malheureusement ils ont utilisé pour cette mesure la méthode de Dales-Laidlaw, beaucoup moins précise que la méthode de coagulation en tubes larges.

Les résultats obtenus confirment cependant très nettement les faits cliniques : quel que soit l'hémostatique employé (chlorure de calcium, peptone, sérum de cheval), ou même les hémostatiques récents et considérés comme très actifs (*Hæmoplastin*, *Coagulin* Ciba, *Fibrogen* Merrell), les chiffres ont été comparables : très légère diminution du temps de coagulation, une demi-heure après l'administration du produit, suivie très rapidement d'un allongement net de ce temps.

Seul, le sang total humain citraté, ou à défaut le plasma humain citraté, s'est montré réellement actif, et seulement en injections intraveineuses ; on obtient alors une diminution très nette du temps de coagulation, non suivie ultérieurement d'un allongement.

R. Rivoire.

O. Pfister. ***L'origine chinoise de l'encéphalite épidémique : contribution à l'histoire de la maladie en Extrême-Orient*** (*The British medical Journal*, n° 3575, 29 Juin 1929). — De récents articles ont suggéré la possibilité d'une origine orientale de l'encéphalite épidémique : cette hypothèse se basait sur un cas de Parkinson observé en 1927 en Chine, dont le début remonterait, suivant les dires du malade, à 1915.

P. ne croit pas du tout à cette hypothèse : il a observé presque tous les cas d'encéphalite survenus en Chine, et n'a pu trouver le moindre cas antérieur à 1919 ; donc nettement postérieur aux premiers cas européens. D'autre part, une statistique des cas montre que presque tous ont été observés dans les grandes villes, notamment à Pékin, ce qui semble au contraire suggérer un apport européen. Il est donc probable que, loin d'être originaire de la Chine, l'encéphalite épidémique a été importée, soit d'Europe par le Transsibérien ou l'Indochine, soit d'Amérique par les ports de la côte, le cas de Parkinson cité plus haut étant isolé et sujet à caution quant à sa date de début.

R. Rivoire.

Cronin-Lowe. ***Les foyers infectieux et leur nature dans 100 cas de rhumatisme*** (*The British medical Journal*, n° 3575, 13 Juillet 1929). — Depuis longtemps les auteurs anglais attribuent une grosse part des cas de rhumatisme à un foyer infectieux latent, dentaire, amygdalien, sinusal ou même intestinal. C.-L. a étudié 100 cas de rhumatisme à ce point de vue, faisant des prélèvements microbiens dans toutes les cavités naturelles. Dans presque tous les cas, il a pu déceler au moins 1 foyer, parfois 2 ou 3. Le plus souvent, il s'agissait de foyer situé dans les voies respiratoires supérieures, et dans la plupart des cas le microbe en cause était le streptocoque.

D'autre part, par la méthode dite de culture sélective (utilisant les propriétés bactéricides du sang du sujet), il a essayé de mettre en évidence le rôle réellement spécifique de ce foyer infectieux. Cette méthode serait particulièrement intéressante dans les cas où plusieurs foyers infectieux latents ont pu être trouvés : elle permettrait en effet de déceler le foyer véritablement pathogène, et d'agir sur lui, soit par vaccinothérapie, soit par éradication si possible.

R. Rivoire.

PRESCRIPTIONS DE MÉDECINE INFANTILE

EN USAGE AUX CONSULTATIONS EXTERNES DES HOPITAUX D'ENFANTS A PARIS

Oxyures

1° Donner chaque soir, dix jours de suite, un lavement d'eau bouillie sucrée (dix morceaux de sucre dans un verre d'eau).

2° Faire le soir, dans l'anus, une onction avec gros comme un pois de :

Onguent napolitain dédoublé . . . . 20 gr.

3° Tenir les ongles coupés ras et éviter que l'enfant ne porte les mains à la bouche.

4° Poudre de Semen Contra . . . . 0 gr. 50
(Pour un paquet, n° . . .)

Un paquet le matin dans une cuillerée à soupe de miel ou de confitures, un jour sur deux.

5° Combattre la constipation en donnant tous les jours une cuillerée de :

Huile de paraffine.

Gale

1° Faire une onction, trois jours de suite, avec la pommade suivante :

Vaseline liquide . . . . } ää 25 gr.
Lanoline . . . . }

Y incorporer la solution :

Polysulfure de potassium . . . . 5 gr.
Eau . . . . 25 gr.

Puis ajouter :

Oxyde de zinc . . . . 0 gr. 50
Vaseline liquide . . . . 25 gr.

Le troisième jour, savonnage et bain.

2° Désinfection à l'étuve du linge et des vêtements.

Ténia

1° Donner à l'enfant, le matin, de quart d'heure en quart d'heure, un des bols suivants.

Extrait éthéré de fougère mâle . 0 gr. 50
(pour un bol n°)

(0 gr. 50 par année d'âge, jusqu'à concurrence de 6 gr. pour un grand enfant, c'est-à-dire douze bols).

2° L'enfant aura gardé la diète la veille au soir ; il sera purgé, deux heures après l'absorption du dernier bol, avec :

Sulfate de soude . . . . 5 à 10 gr.

Quand il sentira le besoin d'aller à la selle, on le mettra sur un vase plein d'eau tiède, de façon que le siège y plonge entièrement.

3° Chez les enfants trop petits pour savoir avaler les bols, donner le matin, à jeun, le mélange suivant :

Semences de courge pilées . . . . 30 gr.
Sucre . . . . 40 gr.
Eau de fleurs d'oranger . . . . 3 gr.
Eau distillée fraîche. . . . . Q. s. p. un électuaire.

PRESCRIPTIONS DE MÉDECINE INFANTILE

EN USAGE AUX CONSULTATIONS EXTERNES DES HOPITAUX D'ENFANTS A PARIS

Ganglions
Adénopathie trachéo-bronchique

1° Faire deux fois par semaine entre les deux épaules, et en avant à l'endroit correspondant, une application de :

Teinture d'iode dédoublée.

2° En hiver, prendre, une semaine sur deux, au commencement du premier déjeuner, une cuillerée à café ou à dessert, suivant l'âge, de :

Huile de foie de morue blonde.

3° Prendre chaque jour 25 gr. de viande de cheval crue, hachée et délayée dans du bouillon à peine tiède.

4° A la fin du repas de midi, prendre une cuillerée à soupe de :

Sirop iodotannique . . . . 300 gr.
Arrhénal . . . . 0 gr. 10

ou bien :

Chlorure de calcium. . . . . 15 gr.
Eau distillée . . . . 60 gr.

de XX à LXXX gouttes par jour en deux ou trois fois.

Traitement reconstituant

1° Vivre dans une chambre vaste, bien exposée, dont l'air sera renouvelé plusieurs fois dans la journée.

2° Manger lentement, mâcher beaucoup, choisir les aliments les plus nourrissants sous le plus petit volume (viandes, poissons, œufs, pâtes alimentaires, purées, beurre, compotes, gâteaux secs, miel, etc.). Rester étendu absolument immobile, sans même lire, pendant une heure après le repas de midi.

3° Donner chaque jour au début du repas du soir : 25 gr. de viande de mouton ou de cheval, crue, hachée et délayée dans du bouillon froid.

4° Une semaine par mois donner, au milieu des principaux repas, une cuillerée à soupe de :

Phosphate monocalcique . . . . 3 gr.
Sirop iodo-tannique . . . . 100 gr.

La seconde semaine, ne donner aucun médicament.

La troisième semaine, donner au milieu de chacun des deux principaux repas une ou deux cuillerées à café, suivant l'âge, de la solution suivante :

Arrhénal . . . . 0 gr. 12
Eau bouillie . . . . 120 gr.

Cesser l'usage de cette potion en cas de diarrhée.

REVUE DES JOURNAUX

ARCHIVES des MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DE LA NUTRITION

(*Paris*)

Jean Charrier et Marcel Thalheimer. *Les cholédocites inflammatoires* (*Archives des maladies de l'Appareil digestif et des maladies de la Nutrition*, tome XIX, nº 5, Mai 1929). — D'après 27 observations inédites ou recueillies dans la littérature médicale, C. et T. décrivent, sous le nom de *cholédocites*, les lésions inflammatoires, sténosantes ou non, du cholédoque, non accompagnées de lithiase concomitante de la voie biliaire principale et provoquant, néanmoins, des accidents de rétention biliaire. La plupart des malades présentaient, dans leurs antécédents, un syndrome de lithiase, mais, en dehors de la lithiase, toute infection peut produire de la cholédocite. C. et T. précisent les lésions observées au niveau du cholédoque et de l'hépatique, de la vésicule, du pancréas.

Cliniquement, ils décrivent séparément les cholédocites pour ainsi dire primitives, et les cholédocites secondaires, les plus fréquentes, observées chez des malades à passé hépatique, lithiasique. Dans ces derniers cas, les symptômes des cholédocites secondaires semblent être, sur un sujet présentant des antécédents de lithiase ou de cholécystite : l'ictère par rétention s'installant après des poussées successives; les crises de douleur et de fièvre fréquentes mais atténuées; la sensibilité douloureuse de la région sous-hépatique et cholédocienne sans vésicule perceptible; une atteinte modérée de l'état général, avec, cependant, un amaigrissement assez marqué; l'absence de calculs à la radiographie avec non-injection vésiculaire. Le laboratoire montre un certain degré d'anémie, une hypercholestérinémie variant avec le degré d'ictère.

C. et T. précisent les procédés de traitement chirurgical : dérivation biliaire externe ou temporaire; dérivation biliaire interne ou anastomose bilio-intestinale ou définitive; opérations portant directement sur le cholédoque. Ils dégagent les résultats opératoires et indications.

L. Rivet.

D. Simici, R. Vladesco et M. Popesco (Bucarest). *Recherches sur l'urée et l'ammoniac des liquides gastriques à l'état normal et pathologique (considérations sur l'élimination de l'urée par l'estomac et sur le diagnostic de l'urémie gastrique)* [*Archives des maladies de l'Appareil digestif et des maladies de la Nutrition*, tome XIX, nº 5, Mai 1929]. — Les constatations des auteurs leur permettent d'affirmer qu'une quantité d'urée supérieure à 0 gr. 50 pour 100 trouvée dans un vomissement et dosée par la méthode de Barkroft ou supérieure à 0 gr. 26 pour 100, le dosage étant fait par la méthode de Fosse, doit faire suspecter que la pathogénie de ce vomissement est en liaison avec une lésion rénale.

Une quantité d'ammoniac supérieure à 0 gr. 140 par litre de vomissement ou de contenu gastrique doit aussi faire soupçonner l'origine rénale de ces liquides gastriques. L. Rivet.

J. Gavrila et J. Danicico (Cluj, Roumanie). *Digestion des graisses et des protéines après résection de l'estomac* (*Archives des maladies de l'Appareil digestif et des maladies de la Nutrition*, tome XIX, nº 5, Mai 1929). — De leurs recherches, pratiquées suivant la méthode de M. Labbé, H. Labbé et Nepveux, G. et D. concluent que la digestion des graisses et des protéines se fait moins bien après la résection de l'estomac. La digestion des graisses est constamment déficitaire; la digestion des protéines l'est dans 8 cas sur 13, donc dans plus de la moitié des cas.

En ce qui concerne la cause de ce déficit digestif, plusieurs hypothèses sont possibles. D'abord, il est probable que cette insuffisance digestive tient à une insuffisance pancréatique consécutive à la résection de l'estomac. Mais il n'est pas moins vrai que, dans cette insuffisance digestive, l'insuffisance hépatique doit aussi avoir sa part, parce que, dans quelques cas, la digestion des protéines est normale et seule la digestion des graisses est très déficitaire, ce qui ne peut être expliqué que par une insuffisance biliaire.

Le transit gastro-intestinal doit aussi jouer un certain rôle dans la production de ce déficit digestif, car, dans presque tous les cas étudiés, ce transit a été très accéléré, la poudre de charbon étant apparue 12 heures après l'ingestion. L. Rivet.

REVUE ODONTOLOGIQUE

(*Paris*)

Max Melchior (de Copenhague). *L'infection focale de la cavité buccale* (*Revue odontologique*, tome L, Juillet 1929). — M. donne une étude critique très serrée de l'infection focale d'origine buccale, insistant sur sa complexité bactériologique et clinique. Il montre l'exagération de la théorie américaine et indique les critiques bactériologiques soulevées par les conclusions de Rosenow. Pour attribuer un cas à la septicité buccale, il faut qu'il y ait présence du même microbe dans le foyer primaire et secondaire, à un moment quelconque dans le sang. En outre, ces bactéries doivent être cultivées en cultures pures pour prouver qu'elles sont pathogènes.

M. montre les résultats contradictoires fournis par l'examen du sang de ces malades et aborde le problème du « granulome », agent d'infection focale qui est formé souvent de tissu conjonctif fibreux peu propice au développement microbien, entouré d'une capsule bien individualisée, véritable barrière contre la propagation de l'infection par voie sanguine ou lymphatique. Bien souvent, ces granulomes ne renferment pas de bactéries et, s'ils en contiennent, il faut prouver que ces germes sont virulents. Ne pas oublier non plus la question du terrain et des immunités acquises ou passives.

Selon M., l'infection des culs-de-sac pyorrhéiques n'engendre pas l'infection focale; elle est propre à infecter le tube digestif par voie directe.

De cette étude, il ressort combien il faut être prudent avant d'affirmer l'existence d'une infection focale qui soulève tant de problèmes complexes. De toute manière, la méthode avulsionniste à outrance est condamnable. « Lorsqu'un chirurgien découvre un abcès d'un os long comme le tibia, il l'ouvre, le draine, le nettoie, mais n'ampute pas la jambe. Pourquoi le dentiste n'agirait-il pas de même? »

C. Ruppe.

L'ODONTOLOGIE

(*Paris*)

Ch. Monod. *Evolution dentaire et ostéomyélite des mâchoires* (*Odontologie*, an. XLIX, t. LXVII, 30 Juin 1929). — M. décrit des cas d'ostéomyélite prolongée des mâchoires survenant chez des enfants et se traduisant par une hyperostose, se constituant lentement, pouvant simuler un ostéosarcome à marche lente, aboutissant à la séquestration plus ou moins étendue du rempart alvéolaire. Si le germe est calcifié, il agit comme un véritable corps étranger et entretient la suppuration.

Selon M., l'infection est proche et se fait par voie gingivale. Il ne s'agit qu'exceptionnellement d'une infection par voie sanguine, de la localisation d'une ostéomyélite de croissance due au travail d'éruption dentaire. Il ne faut, bien entendu, porter ce diagnostic qu'après avoir éliminé les ostéo-périostites consécutives à la carie dentaire avec gangrène pulpaire.

C. Ruppe.

ARCHIVES DE MÉDECINE DES ENFANTS

(*Paris*)

G. Mouriquand (Lyon). *La suralimentation équilibrée et la suralimentation déséquilibrée dans la genèse du rachitisme et du scorbut* (*Archives de Médecine des Enfants*, tome XXXII, nº 7, Juillet 1929). — M. montre que, cliniquement et expérimentalement, une alimentation large et surtout une suralimentation déséquilibrée paraissent, dans les « *cas purs* » de rachitisme et de scorbut, un des éléments essentiels du développement de ces dystrophies. Tout se passe comme si, dans la majorité des cas, l'hypo-alimentation et l'hyponutrition qu'elle entraîne s'opposaient au développement de maladies par carence typiques comme le rachitisme et le scorbut.

L'hypo-alimentation équilibrée ou déséquilibrée écarte donc ou atténue le rachitisme ou le scorbut, sauf action d'un facteur extra-alimentaire.

La suralimentation simple équilibrée (allaitement au sein) ne favorise pas leur développement. Pour les produire ou faciliter leur apparition, il faut que, dans la ration, l'écart s'exagère entre la dose de calories et celle des vitamines (D ou C).

Cette notion de l'écart *calories-vitamines* doit désormais entrer en ligne de compte dans la genèse des dystrophies osseuses et, en particulier, dans celles qui font l'objet de la présente étude.

G. Schreiber.

GAZETTE DES HOPITAUX

(*Paris*)

C. Ruppe. *Grenouillette sublinguale commune* (*Gazette des Hôpitaux*, t. CII, nº 68, 24 Août 1929). — R. fait une revue générale complète de cette question, tant du point de vue anatomique que pathogénique et opératoire. Il souligne l'intérêt de l'étude macroscopique de la grenouillette qui permet de comprendre les difficultés opératoires : minceur de la poche kystique, adhérences aux organes de la région, multiplicité des prolongements. Il insiste sur le polymorphisme et la fragilité de l'épithélium et sur l'absence assez fréquente de ce dernier. Il partage les très nombreuses hypothèses émises sur la genèse en deux groupes : la transformation pathologique d'un organe de la région ou la prolifération d'une inclusion embryonnaire. Ces théories sont analysées, notamment la plus récente de Cottalorda, qui fait naître la grenouillette de la fonte du tissu conjonctif embryonnaire de la région sublinguale.

Du point de vue opératoire, R. conclut qu'il ne faut tenter l'extirpation de la grenouillette que dans les cas où elle n'est pas très volumineuse; sinon il est préférable de recourir à la marsupialisation avec destruction du reste de la poche par des agents chimiques.

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

(*Paris*)

R. Bonneau (Paris). *Note sur la résorption toxique après libération de l'intestin étranglé : action de la rachianesthésie* (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, tome C, 13e cah., 10 Juillet 1929). — Dans l'étranglement de l'intestin, les matières arrêtées au-dessus du point étranglé et les liquides de transsudation forment une masse quelquefois considérable dont la septicité est manifeste. L'intestin et l'estomac cherchent à s'en débarrasser par des contractions antipéristaltiques et des vomissements alimentaires, bilieux, fécaloïdes, mais ce n'est que le trop-plein qui est expulsé par la bouche. La résorption de ces produits septiques sur place devrait être importante et foudroyer le malade :

il n'en est pourtant pas ainsi. Il semble qu'aussitôt l'étranglement constitué, un réflexe de défense fasse perdre, tout ou moins partiellement, au segment du tube digestif sus-jacent ses propriétés normales de résorption. Il en est tout autrement pour le segment du tube digestif situé au-dessous de l'étranglement. Qu'on lève cet étranglement et le flot descendant des matières septiques sera aussitôt absorbé dans l'intestin qui est sain, plat, vide, tout prêt à remplir sa fonction. On voit aussitôt se produire un choc d'empoisonnement massif, quelque chose de comparable aux faits de guerre, mis au point par Quénu : choc foudroyant par résorption vasculaire et lymphatique lors de la levée du garrot dans les grandes attritions des membres.

Les chirurgiens ont cherché à s'opposer de diverses façons à cette résorption toxique en aval de l'occlusion : siphonage de l'intestin sus-jacent avant de lever l'obstacle, puis fermeture par une suture en bourse du point de pénétration du trocart ; fistulisation temporaire de l'intestin au-dessus de l'étranglement, par un tube de Paul qui est enlevé dans les 24 ou 48 heures; accolement en canons de fusil des anses afférente et efférente et double anus à la peau, avec ou sans résection de tumeur.

A toutes ces pratiques B. préfère la rachianesthésie. Elle provoque un péristaltisme intense de tout l'intestin, en sorte qu'une fois l'étranglement levé le flot des liquides fécaloïdes contenu dans les anses distendues est l'objet d'une chasse puissante et tellement rapide qu'il est fréquent de voir avant la fin de l'opération l'issue par le rectum et l'anus de 1 litre et plus de matières fécales nauséabondes. Dans ces conditions, si les matières septiques passent bien par l'intestin sain, elles y passent avec une telle vitesse que leur résorption n'est pas possible et qu'en un quart d'heure le malade est définitivement, et sans manœuvres spéciales, mis à l'abri de la redoutable complication que nous étudions ici. Séance tenante, il est guéri (définitivement si l'agent d'étranglement, n'ayant pas mortifié l'intestin, était de bonne nature). Il va commencer à boire, il cause, il s'assied dans son lit. C'est une résurrection immédiate.

B. publie 3 observations absolument démonstratives à ce point de vue. Mais, pour être efficace, il faut que l'anesthésie obtenue soit très profonde, pas trop diffusée, de façon à inhiber le pneumogastrique (nerf frénateur) et à laisser le grand sympathique (nerf accélérateur) donner le péristaltisme recherché. Pour son compte, B. emploie des doses fortes pouvant aller jusqu'à 3 eme de syncaïne à 8 pour 100, c'est-à-dire 0,24 centigr. d'anesthésique, mais il a soin d'injecter lentement la solution et de maintenir l'aiguille bouchée sur un malade restant assis de 20 à 25 minutes jusqu'à ce qu'on ait bien constaté que l'anesthésie a remonté près de l'ombilic. C'est seulement à ce moment qu'il étend le malade et retire l'aiguille.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ BELGE DE CHIRURGIE (*Bruxelles*)

L. Delrez et F. Albert (Liége). ***Pathologie et traitement des fistules pancréatiques*** (Rapport présenté à la séance extraordinaire de Juin 1929 de la *Société belge de Chirurgie* in *Annales de la Société*, tome XXXIII, n° 3, 1929). — Les fistules pancréatiques peuvent résulter :

1° D'une lésion traumatique consistant en une contusion profonde de l'épigastre avec déchirure de la glande ou de ses canaux excréteurs ;

2° D'un traumatisme chirurgical à l'occasion d'une intervention sanglante sur l'un des organes voisins du pancréas (estomac, duodénum) ;

3° D'une pancréatite aiguë, que le foyer inflammatoire soit drainé précocement ou tardivement;

4° De l'ouverture d'un kyste pancréatique vrai dont la paroi n'a pas été extraite en totalité.

Nécessairement ces fistules d'origine différente n'ont pas une gravité égale. Le facteur le plus important, sinon décisif, de la gravité est la communication directe du trajet fistuleux avec un canal excréteur important de la glande.

Dès que se trouve constituée une fistule pancréatique, plusieurs problèmes se posent qui concernent : la persistance du flux pancréatique vers le duodénum, la sécrétion fistulaire externe, ses conséquences pour l'organisme, les moyens de la tarir.

1° *Persistance du flux pancréatique vers le duodénum.* — Même dans les cas de fistule pancréatique très abondante, le pancréas continue à déverser dans le duodénum une partie de sa sécrétion; il doit être exceptionnel, en effet, que le traumatisme ou la maladie détruisent totalement la glande ou interceptent entièrement l'écoulement pancréatique.

La suppression totale ou la très forte réduction du flux pancréatique vers l'intestin peuvent se traduire déjà par des signes cliniques non douteux si le syndrome est très accusé : l'absence de digestion des graisses est la cause de selles grasses, signe clinique le plus apparent du trouble d'insuffisance pancréatique. Ces constatations cliniques, assez grossières, ne renseignent cependant qu'incomplètement. Les manifestations générales, amaigrissement intense et rapide, voracité, sont trop peu pathognomoniques pour acquérir une valeur absolue.

L'épreuve des noyaux de Schmidt et bon nombre de réactions exécutées notamment sur les selles sont délaissées au profit de la méthode plus analytique et plus sûre de l'examen du liquide obtenu par tubage duodénal. Le tube d'Einhorn permet de retirer une vingtaine de centimètres cubes de liquide duodénal cinq minutes après injection par cette sonde d'une solution de peptone à 5 pour 100 ; dans la portion de liquide retiré on peut identifier et éventuellement doser les trois ferments pancréatiques : l'amylase, la trypsine et la lipase. Indépendamment d'une modification quantitative du suc déversé dans l'intestin peut exister une modification qualificative de ce suc, une réduction de la valeur enzymatique des divers ferments ainsi qu'on l'a constaté chez les diabétiques (Monteleone).

2° *Sécrétion fistulaire.* — Dans l'immense majorité des cas, elle ne représente qu'une partie de la sécrétion externe du pancréas, celle qui ne trouve pas sa voie vers le duodénum. Cette quantité diffère dans de larges limites d'un cas à l'autre et, dans un même cas, avec le moment de l'évolution.

a) *Fistules dont le suc est privé de ferments pancréatiques.* — Elles résultent de l'ouverture des kystes non traumatiques du pancréas; leur liquide élaboré aux dépens de tubes glandulaires s'est accumulé et a perdu ses propriétés enzymatiques ; la cavité n'est plus en communication avec les canaux d'excrétion et ne reçoit pas de suc actif nouveau. L'ouverture de ces kystes séreux n'est pas suivie de fistulisation ou, si la fistule se produit, elle n'a pas les caractères essentiels de fistule pancréatique. Ce sont les cas chirurgicalement les plus favorables : l'opération permet une excision totale ou subtotale de la poche suivie de cicatrisation rapide.

b) *Fistules dont le liquide contient les ferments pancréatiques* (*fistules pancréatiques vraies*). — On peut *a priori* supposer raisonnablement que la sécrétion fistulaire, au moins pour la fistule récente, obéit aux mêmes lois physiologiques que la sécrétion pancréatique normale.

La sécrétion varie avec la nature des aliments et est, en tout cas, très abondante à la suite d'ingestion de viande et d'hydrocarbones.

La quantité totale éliminée en 24 heures par la fistule varie suivant les observations ; elle peut atteindre 800 cmc à 900 cmc (Courboulès), plus fréquemment 300 à 500 cmc. Villaret et Justin-Besançon estiment à 60 litres la quantité totale de suc pancréatique éliminé en 7 mois par une fistule consécutive à une section du canal excréteur principal, soit près de 300 cmc par jour.

Le rythme horaire de la sécrétion fistulaire est celui qu'on observe quand le sujet est soumis au régime alimentaire habituel de l'hôpital et se résume comme suit : sécrétion nocturne minima, accroissement rapide après le premier repas, abondante pendant toute la journée, elle s'abaisse après le dernier repas et regagne le minimum nocturne.

3° *Moyens de modifier l'abondance de la sécrétion fistulaire.* — Connaissant les conditions de la sécrétion pancréatique dans un cas déterminé de fistule, on se trouve naturellement amené à tenter de réduire l'abondance de la sécrétion par voie physiologique, en agissant sur les facteurs qui président à cette sécrétion.

Les moyens dont nous disposons peuvent être résumés comme suit : *a*) régimes de Wohlgemuth, de Kroiss ; *b*) moyens médicamenteux (alcalins, atropine, insuline) ; *c*) moyens opératoires.

a) *Régime de Wohlgemuth.* — C'est sur des considérations physiologiques que Wohlgemuth a préconisé le traitement de la fistule pancréatique par le régime antidiabétique. Pour lui, les hydrocarbones représentent les aliments qui déterminent la sécrétion pancréatique externe maxima. Il en tira la conclusion que, pour réduire la sécrétion fistulaire, il fallait supprimer de l'alimentation les aliments hydrocarbonés, c'est-à-dire instituer le régime antidiabétique. Il complète le traitement par l'administration, 1/4 d'heure avant chaque repas, de 2 cuillerées à café de bicarbonate de soude dans le but d'éviter l'action de l'acide chlorhydrique gastrique, générateur de sécrétion pancréatique.

b) *Régime de Kroiss.* — Peu connu, il consiste à administrer par la bouche et par lavement une substance nommée *erepton*, obtenue par la digestion prolongée de viande par le suc pancréatique et intestinal. Ce traitement a été insuffisamment expérimenté pour qu'on puisse porter une appréciation.

c) *Moyens médicamenteux.* α) *Les alcalins.* — Pawlow a démontré que le suc gastrique déversé dans le duodénum provoque la sécrétion pancréatique. Neutraliser l'acidité gastrique paraît donc un moyen théoriquement logique de tarir cette sécrétion pancréatique. Ce moyen n'en reste pas moins peu efficace en pratique parce que le sujet doit être alimenté.

β) *L'atropine.* — L'action inhibitrice bien connue de la belladone sur les sécrétions glandulaires a été utilisée également dans les fistules pancréatiques; en pratique, elle a donné des résultats inconstants.

γ) *L'insuline.* — L'action fonctionnelle réciproque de la sécrétion interne et externe du pancréas a été étudiée dans de nombreux travaux dont les conclusions ont été parfois contradictoires. Les recherches expérimentales de La Barre ont démontré que l'introduction par voie intraveineuse d'insuline (et aussi de synthaline) est suivie d'une diminution considérable de la sécrétion glandulaire accompagnée d'une chute de la teneur en lipase, trypsine et diastase. Mais, cliniquement, chez l'homme, dans les quelques cas de fistule pancréatique où elle a été essayée, l'insuline n'a pas réduit notablement la sécrétion fistulaire.

d) *Moyens opératoires* : nous y reviendrons plus loin.

4° *Conséquences de la fistule pour l'organisme.* — On doit envisager l'action locale et la répercussion sur les fonctions digestives et sur l'état général

a) *Action locale.* — Celle-ci consiste en une digestion des tissus et de la peau sous l'influence de leur contact constant avec le suc pancréatique. Il s'agit là d'une complication extrêmement pénible pour le malade, l'irritation cutanée et l'ulcération qui en résulte étant toujours extrêmement douloureuses. Heureusement, cette complication est relativement rare : elle suppose tout d'abord une richesse enzymatique suffisante du liquide qui s'écoule par la fistule; de plus, même dans les cas où cette digestion se montrait très active, on signale dans la plupart des histoires des malades qu'on est arrivé à y remédier assez aisément par l'application soigneuse de pommades isolantes et l'utilisation de pansements très absorbants, souvent renouvelés.

La façon la plus efficace d'éviter cette digestion de la paroi consiste à réaliser un drainage étanche du liquide pancréatique et de recueillir celui-ci dans un flacon.

b) *Répercussion sur les fonctions digestives.* — Elle est, on le conçoit, extrêmement variable d'après la quantité relative de la sécrétion pancréatique qui est dérivée à l'extérieur par la fistule. Tant qu'une

certaine proportion de la sécrétion externe du pancréas continue à se déverser dans l'intestin, les fonctions digestives pourront être fort peu troublées; il n'en va évidemment plus de même quand la totalité ou la presque totalité de la sécrétion pancréatique s'écoule à l'extérieur. Si la digestion pancréatique déficiente des *substances hydrocarbonées* peut être à peu près totalement suppléée par la digestion salivaire et intestinale, il n'en va pas de même des aliments azotés et des graisses. Aussi, la carence de suc pancréatique dans la voie digestive se traduira-t-elle spécialement par la déficience ou l'absence de digestion des matières grasses.

e) *Répercussion sur l'état général.* — Elle est le corollaire de la répercussion sur les fonctions digestives. Si la quantité de suc pancréatique déversé dans l'intestin reste suffisante pour éviter des troubles digestifs sérieux, la répercussion sur l'état général pourra être nulle ou simplement se marquer par un peu d'amaigrissement, dû à une utilisation insuffisante des graisses et des albumines. Par contre, dans les cas de dérivation totale ou presque totale de la sécrétion pancréatique, les troubles digestifs étant maxima, la répercussion sur l'état général sera aussi très élevée et se traduira par un amaigrissement rapide, souvent accompagné d'une voracité considérable. Entre ces deux extrêmes, il y a place évidemment pour tous les intermédiaires. Enfin, dans certains cas de fistules pancréatiques consécutives à un traumatisme pancréatique, on a signalé une mort rapide par consomption, avec inappétence totale.

5° *Evolution de la fistule.* — Un tout petit nombre de ces malades succombe rapidement avant qu'on ait pu envisager une thérapeutique quelconque (fistules consécutives à un traumatisme important du pancréas). Ces cas exceptionnels mis à part, il faut bien convenir que l'immense majorité de ces fistules a une tendance à se fermer spontanément.

Cette fermeture spontanée peut se faire très précocement, après quelques jours à quelques semaines, mais bien plus souvent elle exige de nombreux mois (7 à 10 mois). Il semble que le pronostic dépende surtout de l'endroit d'implantation de la fistule et de sa communication plus ou moins directe et large avec un canal excréteur important et notamment avec le Wirsung. Tous les cas que D. et A. ont eu l'occasion d'observer personnellement se sont fermés spontanément.

6° *Traitement.* — Pendant tous ces longs mois d'attente, on peut avoir recours à tous les moyens adjuvants — signalés plus haut — qui ont été imaginés pour essayer de tarir les fistules pancréatiques (régime de Wohlgemuth, alcalins, atropine, etc...) sans pourtant y ajouter une importance trop considérable. Les succès qu'on leur attribue semblent bien être le plus souvent le résultat de la tendance à la guérison spontanée des fistules pancréatiques. En réalité, dans les cas de fistules rebelles, persistantes, il ne reste qu'à recourir au traitement chirurgical.

Il comprend, soit l'extirpation du trajet fistuleux, soit son implantation dans les voies biliaires ou dans une portion haute du tube digestif.

a) *Extirpation du trajet fistuleux.* — Ce sera toujours une opération difficile, compliquée et dont le résultat est fatalement aléatoire, exposant presque toujours à la récidive à côté de quelques très rares succès; de fait, la plupart des auteurs qui ont tenté l'extirpation ont enregistré des échecs.

b) *Implantation de la fistule dans les voies biliaires.* — Dans un cas de fistule à la fois biliaire et pancréatique, Kehr aboucha la fistule dans la vésicule, en pratiquant une pancréatico-cholécysto-gastrostomie. Hanmesfahr, dans un cas complexe, avec adhérences compactes autour de la fistule, termina son opération en fixant par quelques points la fistule dans le cholédoque. Il s'agit évidemment là d'opérations tout à fait exceptionnelles.

c) *Implantation dans une portion haute du tube digestif.* — L'opération qui a été pratiquée le plus souvent, c'est l'implantation dans l'*estomac* (6 cas). L'implantation dans le *duodénum* n'a été faite que 2 fois : elle est de technique toujours difficile. L'implantation dans la *première anse jéjunale* (4 cas) ne trouve d'indication que dans des cas où l'implantation dans l'estomac est impossible; aussi a-t-elle été réalisée surtout pour des fistules pancréatiques consécutives à de larges résections gastriques.

En somme, au point de vue technique, c'est l'implantation de la fistule dans l'estomac qui semble la plus facile à réaliser.

MONATSSCHRIFT für KINDERHEILKUNDE
(Leipzig)

J. C. Schippers (Amsterdam). *Le syndrome d'Hirschsprung, première manifestation d'un myxœdème congénital; remarques sur les causes du mégacôlon idiopathique* (*Monatsschrift für Kinderheilkunde*, tome XLIII, fasc. 4, Mai 1929). — S. publie 2 observations de nourrissons qui, l'un et l'autre, furent conduits à la consultation parce qu'ils présentaient un syndrome de Hirschsprung typique et chez lesquels l'examen révéla l'existence d'un myxœdème congénital. L'opothérapie thyroïdienne immédiatement instituée eut l'influence la plus heureuse. Les symptômes du mégacôlon cédèrent sous l'action de ce traitement et les selles devinrent normales. Dans l'un des cas, ce résultat satisfaisant persista; dans le second, il fut seulement passager et l'enfant succomba à la suite de complications tuberculeuses pulmonaires et péritonéales.

S. rappelle, à l'occasion de ces deux cas, que l'association « myxœdème congénital et mégacôlon » a déjà été signalée par certains auteurs. Friedjung, au cours d'une autopsie, a constaté, en 1906, de l'aplasie thyroïdienne et un mégacôlon volumineux. Hausthalter, chez un myxœdémateux congénital, a observé une hypertrophie considérable de la paroi du côlon, mais sans dilatation. Péhu et Ribadeau-Dumas ont également publié un cas de mégacôlon avec aplasie thyroïdienne.

Un cas de Cattaneo se rapproche beaucoup de ceux de S., car l'opothérapie thyroïdienne fit également disparaître complètement le mégacôlon.

S. fait remarquer que les constipations chroniques, si fréquentes chez les femmes, sont souvent liées à l'hypothyroïdie. D'ailleurs, le retentissement direct de la glande thyroïde sur le système nerveux sympathique et parasympathique paraît pouvoir être incriminé, bien qu'aucun fait clinique positif n'ait pu encore être cité à l'appui de cette opinion.

Après avoir signalé et discuté les diverses hypothèses émises sur le mode de production du mégacôlon, S. émet l'idée que des lésions nerveuses des faisceaux autonomes sacrés peuvent entraîner un météorisme local et de la constipation avec apparition plus ou moins tardive d'une hypertrophie compensatrice de la paroi intestinale. Cette hypertrophie peut d'ailleurs être favorisée par des plis de la muqueuse à l'intersection du sigmoïde et du rectum ainsi que par la flexion excessive des anses intestinales. S. estime qu'il serait particulièrement intéressant, si l'on a l'occasion de faire l'autopsie d'un nourrisson très jeune atteint de mégacôlon, d'étudier les modifications des nerfs et ganglions de la paroi intestinale du mésocôlon et de rechercher les lésions du système nerveux central. G. Schreiber.

Jerachmiel Ligum. *L'hépatothérapie des anémies du premier âge et de l'enfance* (*Monatsschrift fur Kinderheilkunde*, t. XLIII, fasc. 6, Juin 1929). — Les observations recueillies à la Clinique infantile de Bâle, dans le service de professeur E. Wieland, montrent que l'hépatothérapie fournit de bons résultats dans les différents états anémiques dont sont atteints les nourrissons et les petits enfants. Elle agit favorablement même dans les anémies physiologiques des prématurés. On en peut donc conclure que l'anémie pernicieuse des adultes ne constitue pas la seule indication de l'administration thérapeutique du foie.

J. L. a appliqué la méthode de Murphy à 12 enfants dont 3 seulement étaient anémiques par suite d'une alimentation lactée exclusive. Tous les autres présentaient une anémie persistante en dépit d'un régime suffisamment ferrugineux, et cette anémie ne céda qu'à la suite de l'institution du régime hépatique.

J. L. insiste sur certains inconvénients d'un tel régime chez les enfants qui, parfois, le refusent catégoriquement. Le foie peut aussi entraîner de la diarrée, surtout chez les prématurés. Il en résulte que la thérapeutique martiale, dont les effets sont souvent très nets et très rapides, conserve un droit de priorité sur l'hépatothérapie. Cette dernière pourra peut-être bénéficier dans l'avenir d'une amélioration technique au point de vue du mode de présentation diététique.

G. Schreiber.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

Schmieden et Peiper. *Succès opératoire dans un cas de lipome intramédullaire cervical et quelques considérations sur la chirurgie des tumeurs intramédullaires* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LV, n° 13, 29 Mars 1929). — L'observation relatée par S. et P. concerne une malade guérie après extirpation d'un lipome siégeant dans la moelle cervicale. L'existence de lipomes intramédullaires est peu fréquente et, plus rarement encore, on a l'occasion d'intervenir chirurgicalement et avec succès pour les extirper dans une zone particulièrement sensible telle que la moelle cervicale. En outre, le début des accidents observés chez la malade après une chute grave sur le dos pose la question des rapports entre le traumatisme et la lésion médullaire.

A propos de cette intervention heureuse, S. et P. discutent les règles opératoires à appliquer selon les régions médullaires en cause.

Dans la zone cervicale, le lieu optimum de l'incision est au niveau du cordon de Goll.

Pour les autres régions, on peut appliquer la règle d'Elsberg : incision postérieure à 1 ou 2 mm. de la commissure médiane postérieure.

Mais de nombreuses difficultés peuvent être créées par la déformation tumorale.

De même, la question des tumeurs inextirpables reste irrésolue, et les partisans de l'extrusion ou de l'essai d'extirpation invoquent des arguments également valables.

Le lipome intracervical, observé par S. et P., paraissait inextirpable et, cependant, l'intervention en un temps fut suivie de succès absolu; mais souvent il est impossible de diagnostiquer immédiatement la nature de la tumeur.

Enfin certaines tumeurs très vascularisées peuvent être compliquées du fait de l'hémorragie rebelle consécutive à l'excision.

Dans l'ensemble, aucune règle générale ne peut actuellement être instituée et la conduite opératoire reste variable selon les cas, mais les nombreux succès doivent rendre interventionniste, même dans le cas de tumeurs particulièrement mal placées.

En ce qui concerne l'origine traumatique des tumeurs médullaires, S. et P. ne l'admettent que pour certains gliomes; dans les autres cas, le traumatisme ne leur paraît constituer qu'une cause déclenchatrice ou aggravante des symptômes.

G. Dreyfus-Sée.

B. Fischer-Wasels et J. Tannenberg. *Endothélium, thrombose et embolie* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LV, n° 13, 29 Mars 1929 et n° 14, 5 Avril 1929). — Dans un travail récent, Ritter a essayé de démontrer que le rôle essentiel dans la thrombogénèse était joué par l'endothélium vasculaire.

F.-W. et T sont d'opinion opposée. Ils considèrent que, dans le plus grand nombre des thromboses observées en clinique, c'est la modification du sang qui importe et non pas les lésions des parois vasculaires.

D'ailleurs, les conditions ne sont pas identiques selon qu'on envisage l'une ou l'autre des formes de thromboses habituellement observées :

1° Les thromboses locales par blessures des vaisseaux;

2° Les thromboses septiques des veines ou du cœur;

3° Les thromboses progressives à distance des gros troncs veineux.

En ce qui concerne les blessures vasculaires, le processus physiologique de constitution du thrombus est essentiellement dominé par la lésion pariétale endothéliale du vaisseau; les substances coagulantes formées sur place déterminent un processus limité, localisé, non progressif, ni évolutif.

Par contre, les thromboses septiques et surtout les thromboses à distance des gros troncs veineux survenant après une opération et susceptibles de déterminer la production d'embolies mortelles ont une pathogénie différente.

Ici, il ne s'agit pas d'une lésion vasculaire que rien ne justifierait, mais d'une modification sanguine et circulatoire. Le sang ainsi lésé se coagule dans les vaisseaux au niveau desquels la circulation est moins rapide, mais on ne note aucune différence entre les cas dans lesquels il y a ou non infection surajoutée.

La cause essentielle des thromboses à distance est donc la lésion sanguine grave et non les modifications vasculaires hypothétiques, inconstantes et vraisemblablement secondaires quand elles se produisent.

Les recherches sur les modifications post-opératoires de la teneur du sang en fibrine et en plaquettes confirment cette hypothèse pathogénique.

De même, l'évolution clinique des accidents serait plus facilement explicable par cette théorie.

Si, dans quelques cas, il peut y avoir association du facteur vasculaire, ce dernier ne jouerait, en dernière analyse, qu'un rôle très accessoire.

G. Dreyfus-Sée.

E. Redlich. ***Forme abortive de l'encéphalomyélite disséminée*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LV, n° 14, 5 Avril 1929). — L'encéphalomyélite disséminée, dont Pette avait donné la description complète en 1928, a paru subir une recrudescence récente.

Les formes se présentaient avec des manifestations spéciales (syndrome de section médullaire ou de Brown-Séquard) ou simulaient l'ataxie aiguë ou revêtaient le type des scléroses multiples; parfois, au contraire, la symptomatologie était plus simple, dominée par des paralysies oculaires ou une légère atteinte cérébrale.

L'évolution était subaiguë ou aiguë, soit vite régressive, soit présentant des alternatives d'aggravation et de rémission.

La question des rapports entre cette affection et les scléroses aiguës multiples disséminées reste posée et les observations assez nombreuses publiées depuis quelque temps ne permettent guère de conclure.

L'opinion de R., néanmoins, basée sur de multiples cas observés, est que l'encéphalomyélite disséminée est nettement différente des scléroses. Il considère que cette affection, proche des encéphalites post-vaccinales, post-morbilleuses ou varicelleuses, etc., est due à un ultra-virus invisible à prédominance épidémique sur le système nerveux.

Les infections banales, parfois une infection spécifique, peuvent lui donner une virulence exagérée.

Ces variations épidémiques paraissent démontrées par la fréquence accrue des cas observés récemment.

Depuis peu, ainsi qu'au déclin des épidémies, des formes frustes abortives paraissent se multiplier.

Dans ces formes à allure subaiguë, les signes sont parfois très légers, la symptomatologie est surtout fonctionnelle et seule la dissémination des localisations et l'existence de un ou deux signes objectifs minimes (réflexe aboli, modification du liquide céphalo-rachidien, etc.) permettent de porter le diagnostic.

R. relate ainsi une série de cas cliniques légers: Dans 5 observations, il note un petit foyer cérébral avec paresthésies unilatérales aiguës ou subaiguës; dans 2 autres cas, la lésion paraissait siéger dans la région pédonculaire; ailleurs ce sont des manifestations spinales.

Ces formes frustes, de diagnostic difficile, guérissent assez vite et la thérapeutique employée ne peut guère être considérée comme seule responsable de la rapide amélioration constatée au cours de ces affections qui paraissent dues à un virus atténué au déclin de l'épidémie. G. Dreyfus-Sée.

W. Pockels. ***Critique des méthodes actuellement employées d'immunisation active antidiphtérique*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LV, n° 14, 5 Avril 1929). — Pour apprécier la valeur des vaccinations antidiphtériques, il importe tout d'abord d'employer un test sensible et de valeur certaine.

Après une série d'observations, P. considère que seul le dosage de l'antitoxine du sérum constitue une méthode sûre. La réaction de Schick ne lui paraît pas assez sensible pour permettre d'affirmer la résistance des individus.

Même le dosage précis de l'antitoxine est sujet à discussion, car le taux d'unités par centimètre cube de sang nécessaire pour affirmer l'immunité est difficile à établir et paraît même varier dans certaines limites.

Cependant, c'est à cette méthode, en tenant compte de ces réserves, que P. a eu recours pour apprécier les résultats des vaccinations antidiphtériques.

En Allemagne, 2 vaccins sont surtout employés: le T. A. F. (toxine antitoxine floculat) de Schmidt, et le T. A. (mélange de toxine antitoxine neutralisé) de Höchst.

Les deux méthodes déterminent en quelques mois une augmentation de l'antitoxine jusqu'à 1/20 d'unité par centimètre cube de sang, quantité qui paraît constituer à peu près la limite inférieure de l'immunité utile.

Mais ces résultats sont obtenus lentement et l'augmentation ultérieure du taux d'antitoxine est aussi variable dans son intensité.

La fréquence des infections chez les vaccinés est donc aisément explicable.

Ces deux vaccins, préférés aux autres préparations parce qu'ils ne déterminent aucune réaction locale et sont par conséquent plus faciles à faire accepter, ne donnent donc que des résultats insuffisants.

L'anatoxine de Ramon n'a pas été essayée en Allemagne et les critiques que P. signale ne reposent pas sur sa propre expérimentation.

En conclusion, l'auteur démontre la nécessité de poursuivre les recherches car les résultats actuels de la vaccination antidiphtérique, telle qu'elle est pratiquée en Allemagne, ne sont pas satisfaisants.

G. Dreyfus-Sée.

Kuttner. ***Bulbo-capnine dans le traitement de la chorée*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LV, n° 15, 12 Avril 1929). — La bulbo-capnine, alcaloïde de la racine creuse du *Corydalis cava*, a été préconisée depuis quelques années par plusieurs médecins allemands dans le traitement des hyperkinésies et, en particulier, de la paralysie agitante.

Jusqu'à présent, peu d'applications cliniques de ce mode de traitement à la chorée ont été publiées quoique les résultats expérimentaux aient été favorables.

K. a employé cette thérapeutique chez 7 choréiques avec succès, tant dans les chorées graves que dans les formes moyennes ou légères.

Six de ses malades ont guéri rapidement; seul un cas compliqué de néphrite n'a pu être modifié par le traitement. L'amélioration obtenue fut rapide, et parfois durable.

Il semble que cette thérapeutique soit donc à retenir, non pas à titre de médicament étiologique, mais comme sédatif symptomatique souvent efficace.

Par contre, l'hypotonie de certaines chorées graves n'est nullement influencée.

La bulbo-capnine paraît, en définitive, pouvoir être employée sans aucun danger dans les chorées hypertoniques habituelles où elle est susceptible de rendre des services. G. Dreyfus-Sée.

F. Müller et R. Hölscher. — ***L'influence de l'application externe de chaleur et de froid sur le pouvoir sécrétoire des organes de la digestion*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LV, n° 24, 14 Juin 1921). — On applique depuis longtemps la chaleur pour lutter contre des troubles des organes abdominaux, mais le problème du mécanisme d'action des applications thermiques cutanées n'est pas élucidé.

M. et H. ont étudié l'action de la chaleur et du froid sur la sécrétion gastrique des animaux et des hommes. Ils employaient soit les applications locales caloriques, soit le chauffage général de tout le corps, en même temps que, par une double sonde gastrique et duodénale, ils surveillaient les modifications sécrétoires. Un ballon rempli d'air permettait d'enregistrer la motilité gastrique.

La chaleur générale ou locale, à condition d'être suffisante pour déterminer une réaction cutanée (rougeur), et d'être appliquée progressivement, produit une diminution de la sécrétion gastrique et duodénale, ainsi que de la bile vésiculaire.

En outre, on note un appauvrissement dans la constitution de ces sécrétions.

Par contre, la motilité est légèrement accrue.

La réaction, indépendante de l'intensité de chaleur, se produit plus ou moins vite; elle n'apparaît que corollairement à la réaction cutanée. On conçoit l'intérêt de ces faits dans l'explication de l'action sédative de la chaleur locale sur les douleurs des ulcères digestifs, et aussi lors des crises douloureuses vésiculaires qui paraissent dues en partie à la distension de la vésicule par la bile sécrétée.

Le froid exerce une action inverse, il active les sécrétions des viscères abdominaux et diminue leur motilité. De ce fait, il a aussi des indications thérapeutiques spéciales.

Dans l'ensemble, il semble que les réactions cutanées déterminées par les applications thermiques froides ou chaudes soient liées à des réactions viscérales inverses: le froid vaso-constricteur cutané provoque sur les viscères abdominaux une dilatation vasculaire, avec excitation fonctionnelle (hypersécrétion), augmentation de l'influx circulatoire et du volume de l'organe; l'action de la chaleur est inverse.

Ainsi, il est possible de modifier l'état fonctionnel des viscères abdominaux en agissant sur la peau, et ces notions sont susceptibles d'applications thérapeutiques. G. Dreyfus-Sée.

W. Franke. ***La question des infections d'origine dentaire considérée au point de vue clinique*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LV, n° 25, 21 Juin 1929). — Le premier qui ait attiré l'attention sur l'importance de l'état de la dentition et son rôle dans les septicémies serait Pässler qui, en 1915, insistait sur la fréquence des infections dentaires chroniques qu'il désignait sous le nom d'« épidémie populaire ».

Depuis, les Américains ont repris cette idée et lui ont attribué une importance capitale, considérant les infections focales dentaires comme étant à l'origine de nombres d'infections métastatiques générales ou viscérales.

F., recherchant systématiquement les lésions dentaires, les trouve assez fréquemment chez un certain nombre de malades, surtout au cours de néphrites aiguës et d'arthrites aiguës. Il considère donc qu'elles jouent un rôle, mais celui-ci est peut-être moins capital qu'on ne le dit, et on ne doit pas négliger les infections naso-pharyngiennes, amygdaliennes, elles aussi susceptibles d'entraîner des manifestations à distance. Il est d'ailleurs à noter que les examens et vérifications ne peuvent être faits que dans un nombre restreint de cas, la notion des liens entre septicémie et infection dentaire étant peu répandue en Allemagne; beaucoup de malades, à l'inverse des Américains, se refusent à toute extraction.

G. Dreyfus-Sée.

Precht. *Infections focales dentaires* (*Deutsche medizinische Wochenschr.*, t. LV, n° 25, 21 Juin 1929). — Les cas d'infections articulaires ou rénales, consécutives à des infections dentaires observées par Franke, ont été étudiés expérimentalement dans le but de rechercher l'électivité des localisations viscérales du streptocoque trouvé dans les foyers dentaires.


dans les
Hypertensions
et tous les
Etats spasmodiques de la musculature lisse
OLÉTHYLE-BENZYLE
Benzoate de Benzyle chimiquement pur
GOUTTES
XX gouttes, 2 à 4 fois par jour
GÉLULES
Une à 4 gélules par jour
AMPOULES
Une à 2 ampoules par jour en injections sous-cutanées
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, FAUBOURG SAINT-HONORÉ
R.C. PARIS 134.569
MICTASOL
MICTASOL
DÉCONGESTIF PELVIEN
SÉDATIF ANTISEPTIQUE
DECONGESTIF PELVIEN
ANTISEPTIQUE URINAIRE
SEDATIF GENITAL
PROSTATISME - CYSTITES
URÉTHRITES
CONGESTIONS UTÉRO-OVARIENNES
COMPRIMÉS
SUPPOSITOIRES
LABORATOIRES 28 & 30, Rue du Four PARIS (VI°)
Téléphone Littré 17-42.
MICTASOL

Le germe isolé de la racine de la dent arrachée et cultivé sur des milieux spéciaux était ensuite inoculé aux animaux.

Malgré le petit nombre de cas démonstratifs dû à la fréquente résistance des malades auxquels on propose une extraction dentaire à titre thérapeutique, les résultats expérimentaux sont intéressants et plaident bien en faveur de la théorie de Rosenow sur l'électivité des localisations streptococciques.

Les arthrites chroniques expérimentales du lapin ne purent être obtenues qu'avec le streptocoque de malades atteints d'arthrites. De même, on constata l'existence d'une inflammation gastrique chez des animaux inoculés avec du streptocoque amygdalien et dentaire d'un sujet souffrant d'ulcus gastrique.

Dans un cas de colite ulcéreuse grave, les cultures de streptocoque donnèrent des résultats positifs nets chez l'animal, et le malade fut amélioré notablement par un autovaccin.

G. Dreyfus-Sée.

G. Spengler. ***Hydrate de chloral et hypertonie*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LV, n° 25, 21 Juin 1929). — Dans un article récent, Guggenheimer et Fisher exposaient leurs recherches cliniques et expérimentales sur l'action vaso-dilatatrice de certains hypnotiques, en particulier de petites doses sédatives d'hydrate de chloral.

Depuis de nombreuses années, S. emploie de petites doses de chloral pour lutter contre les diverses hypertonies avec un succès qui confirme l'opinion des expérimentateurs ci-dessus nommés.

Alors que les doses élevées, dont l'action vasodilatatrice est bien connue, sont toxiques et par conséquent inutilisables, les quantités faibles du médicament ont un effet satisfaisant, sans nul danger.

0 gr. 25 de chloral en une fois, le soir, ou en plusieurs fois dans la journée, sont admirablement tolérés. Parfois, on note une légère baisse de la tension artérielle trop élevée; dans d'autres cas, sans modification tensionnelle appréciable, on constate l'amélioration des troubles fonctionnels dus à l'hypertension.

Toutes les hypertonies, néphritiques, artério-scléreuses, ménopausiques, etc., sont aussi favorablement influencées.

La thérapeutique peut être continuée très longtemps sans nul inconvénient.

G. Dreyfus-Sée.

Nipperdey. ***L'action des extraits de rate sur l'image sanguine, en particulier dans l'hyperglobulie vraie*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LV, n° 26, 28 Juin 1929). — N. poursuit les essais thérapeutiques par l'extrait de rate, avec des résultats favorables dans les hyperglobulies essentielles.

De même que lors de ses premières expériences, il note une amélioration nette, marquée en particulier par la diminution du nombre des érythrocytes chez les polycythémiques.

Il insiste sur la nécessité de surveiller le malade et d'employer des doses suffisantes, les trop petites doses produisant un effet hématopoiétique opposé.

Il faut donc augmenter progressivement la quantité d'extrait jusqu'à obtenir la dose optima à laquelle on se tiendra. Des quantités plus grandes ne détermineraient, en effet, plus d'augmentation d'action.

Les sujets normaux ne sont, pour ainsi dire, pas influencés par cette thérapeutique.

Par contre, chez les malades, l'intensité et la durée de l'action anémiante est variable, suivant l'âge du sujet et selon la gravité de l'affection.

G. Dreyfus-Sée.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Munich)

Kliewe et Engelhardt. ***L'utilisation de la réaction au citochol pour le diagnostic de la syphilis*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXVI, n° 16, 19 Avril 1929). — La « citocholréaction » de Sachs et Witebsky est une réaction de floculation dont le résultat peut être lu après une demi-heure environ. On emploie pour cette réaction un extrait cholestérinique de cœur de bœuf. La rapidité de cette méthode lui a valu son nom de « citocholréaction » opposée à la « lentocholréaction » de Sachs-Georgi.

Après avoir employé ce procédé biologique de diagnostic chez un millier de malades, K. et E. considèrent qu'il est plus sensible que les réactions de Sachs-Georgi et de Meinicke.

En ce qui concerne la spécificité cependant, la réaction de précipitation de Meinicke paraît supérieure.

Mais la citocholréaction présente, du fait de sa rapidité de lecture et de sa simplicité technique, des avantages considérables qui peuvent en faire une précieuse méthode biologique.

G. Dreyfus-Sée.

A. Biesin. ***Danger d'intoxication et d'accidents par idiosyncrasie au cours de l'administration d'huile de chénopode*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVI, n° 16, 19 Avril 1929). — L'huile de chénopodium, médicament d'importation américaine, tend depuis quelques années à remplacer peu à peu la santonine dont la préparation, et partant l'efficacité, laissent assez souvent à désirer depuis la guerre.

Mais la condition essentielle que doit réaliser un vermifuge n'est pas tant l'efficacité que l'absence de toxicité.

Or, des cas assez nombreux d'intoxication par l'huile de chénopode ont été publiés.

On peut les rattacher essentiellement à deux causes :

1° Posologie défectueuse par doses excessives : en particulier en Amérique et en Angleterre où les médecins prescrivent des doses élevées du médicament ;

2° Mauvaise préparation ou mode défavorable d'administration.

Contre ces accidents s'appliquent les règles classiques de Brüning :

1° Reculer la cure chez tout sujet affaibli, sensibilisé, avec mauvais état général ;

2° S'assurer de l'existence réelle des parasites ;

3° Ne donner aucun autre médicament pendant la durée de la cure ;

4° Surveiller le mode de préparation, éviter les doses trop élevées ou trop prolongées ;

5° Donner un laxatif à la fin de la cure.

Mais un autre ordre d'accident peut se produire. Les premières administrations du médicament sensibilisent parfois l'intestin. Les doses ultérieures sont alors absorbées plus vite et plus complètement et peuvent ainsi déterminer des accidents toxiques, d'autant plus que, la 1re cure ayant été insuffisante, on est tenté souvent de donner lors des traitements ultérieurs des doses plus élevées.

Ces accidents d'idiosyncrasie, difficiles à prévoir et à éviter, doivent rendre très prudent dans l'administration de ce médicament qui ne paraît pas présenter les conditions de sécurité requises pour une utilisation très étendue.

G. Dreyfus-Sée.

Jesionek. ***Le traitement de la tuberculose cutanée par le régime*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVI, n° 21, 24 Mai 1929). — Le régime institué par Gerson, Sauerbruch, Hermannsdorfer détermine de remarquables guérisons des tuberculoses cutanées, en particulier des lupus. C'est le mécanisme pathogénique de son action que J. s'efforce d'élucider.

Le caractère essentiel du régime lui paraît consister dans sa pauvreté en chlorure de sodium.

Le sel serait susceptible de modifier par sa présence les échanges cellulaires cutanés, aboutissant à la production de substances réfractaires au développement du bacille tuberculeux.

L'importance de la peau comme organe de défense est telle que l'on doit en tenir compte même dans la thérapeutique antituberculeuse générale. En particulier, l'efficacité de l'action combinée du régime et des traitements par irradiations s'expliquerait ainsi. J. va jusqu'à considérer que la thérapeutique cutanée de la bacillose est un véritable traitement étiologique puisque, selon lui, elle contribue à créer un terrain réfractaire au bacille et susceptible d'empêcher son développement localement et même à distance.

G. Dreyfus-Sée.

G. Bock. ***Existe-t-il une ursol-anaphylaxie?*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVI, n° 22, 31 Mai 1929). — Les rapports de l'asthme et de l'anaphylaxie, discutés depuis longtemps, avaient trouvé une confirmation dans les expériences de Curschmann et de ses élèves sur l'asthme des préparateurs de peaux, dû à l'ursol. Ces auteurs affirmaient avoir obtenu une anaphylaxie active chez l'animal à l'aide de l'ursol, et, d'autre part, avoir réussi à déterminer l'anaphylaxie passive chez le cobaye avec le sérum sanguin des sujets atteints d'asthme par sensibilisation à l'ursol.

B. a repris ces expériences en utilisant le même ursol. (D. μ phénylendiamine). De même que K. Meyers, il lui a été impossible de reproduire l'anaphylaxie passive ni active chez l'animal. Il ne lui semble donc pas que l'on soit en droit d'identifier le mécanisme de l'asthme par ursol des préparateurs de peaux, et celui de l'anaphylaxie, malgré l'analogie clinique de ces deux manifestations.

G. Dreyfus-Sée.

S. Genkin et N. Owtschinski. ***Le problème pathogénique de l'asthme bronchique attribué à l'ursol*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXVI, n° 22, 31 Mai 1929). — Cliniquement et expérimentalement, G. et O. ont étudié des malades qui présentaient des manifestations cliniques d'asthme attribuable, de par leur profession, à l'anaphylaxie de l'ursol.

Chez tous ces sujets, au cours des diverses phases du développement des crises, ils purent déceler des manifestations pathologiques au niveau de l'appareil respiratoire (nez, pharynx, trachée ou bronches).

Cliniquement, la nature anaphylactique ou allergique de cet asthme ne put être démontrée.

Les scarifications cutanées, destinées à démontrer la sensibilisation, furent négatives.

En somme, l'ursol semble plutôt un excitant physico-chimique des voies respiratoires qu'un agent étiologique anaphylactisant. Chez la plupart des malades observés, on put d'ailleurs noter des altérations fonctionnelles du système nerveux ou du psychisme des sujets.

G. Dreyfus-Sée.

L. Haymann. ***Les indications de la trépanation mastoïdienne au cours des otites moyennes aiguës, en particulier en ce qui concerne la question des interventions précoces*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVI, n° 23, 7 Juin 1929). — Les complications graves des otites moyennes aiguës surviennent dans la majeure partie des cas par l'intermédiaire de la mastoïdite secondaire. L'existence de l'infection mastoïdienne pose donc un problème thérapeutique important et, si la nécessité de l'intervention chirurgicale est reconnue par tous, on discute encore sur la date la plus favorable à l'opération.

Les résultats obtenus par les oto-rhino-laryngologistes, selon qu'ils recourent ou non à l'intervention précoce, sont donc importants à connaître pour fixer ce point capital.

D'après sa statistique portant sur un grand nombre de malades, H. conclut de la façon suivante :

1° Des opérations très précoces, dans les 15 premiers jours, sont rarement utiles ;

2° Les symptômes indiqués par les partisans de l'opération précoce ne constituent en général pas, au début de l'otite moyenne aiguë, une indication d'antrotomie ;

3° L'intervention précoce n'est pas dangereuse en elle-même, mais elle ne garantit aucunement le malade des complications tardives, parfois après plusieurs semaines ;

4° En se basant sur les indications cliniques générales et locales pour intervenir plus tardivement, H. a obtenu en 17 années un chiffre de mortalité très faible (1,8 pour 100 sur environ 800 interventions).

Dans ces conditions, et tant qu'une statistique

meilleure n'aura pas été publiée en faveur de l'opération précoce, H. croit pouvoir en rejeter le principe et préconise l'intervention justifiée plus tardive. G. Dreyfus-Sée.

H. Knaus. ***A quel moment la femme est-elle fécondable pendant la période intermenstruelle?*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXVI, n° 28, 12 Juillet 1929). — Les recherches concernant ce point capital avaient jusqu'à présent été basées sur les affirmations, toujours vagues et contestables, des femmes concernant la date du rapport sexuel fécondant.

Les divers observateurs avaient ainsi conclu à la fécondabilité féminine pendant toute la période intermenstruelle.

K. a employé une méthode différente de recherches et ses conclusions, opposées aux précédentes, sont basées sur des études expérimentales chez l'animal et des données physiologiques et anatomo-pathologiques obtenues, lors d'interventions sur les organes génitaux des femmes au cours des divers stades de la période intermenstruelle.

L'implantation de l'œuf fécondé est nécessaire à la transformation du corps jaune menstruel en un corps jaune gravidique empêchant l'établissement de la menstruation suivante.

Or, la durée minima de migration de l'œuf humain fécondé étant approximativement de 10 jours, il faut, chez une femme réglée toutes les 4 semaines, que la fécondation et l'ovulation se produisent entre le 14e et le 16e jour du cycle intermenstruel pour que l'œuf puisse s'implanter à temps pour prévenir le début de la menstruation suivante.

Même si le follicule de Graaf était susceptible d'être fécondé beaucoup plus tardivement, cette fécondation durant les 10 derniers jours du cycle ne pourrait avoir de résultat car la menstruation, survenant avant l'implantation de l'œuf, rendrait celle-ci impossible.

Il y a donc, chez les femmes sexuellement adultes et réglées toutes les 4 semaines, une période de stérilité physiologique. L'ovule ne peut être efficacement fécondé qu'à partir du 11e jour et jusqu'au 18e jour du cycle avec une période optima du 14e au 16e jour.

Il est plus difficile de délimiter exactement les dates de la stérilité physiologique des femmes réglées toutes les 3 semaines ou à menstruation irrégulière.

G. Dreyfus-Sée.

K. Kissling. ***Septicémie post-angineuse*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVI, n° 28, 12 Juillet 1929). — En 1925, Frænkel a montré que, dans les pyémies post-angineuses, on pouvait incriminer très souvent une thrombo-phlébite des petites veines unissant la circulation amygdalienne aux veines faciales et jugulaires et ces notions théoriques ont amené à préconiser la ligature prophylactique de ces vaisseaux pour éviter les septicémies graves.

Sur 32 cas de cette redoutable affection, K. a fait pratiquer 27 fois l'intervention et a ainsi obtenu 13 guérisons.

Il a pu, sur ce nombre relativement considérable de malades, préciser certains points importants diagnostiques ou thérapeutiques :

1° *Cliniquement*, la fréquence accrue des septicémies post-angineuses a été notée à plusieurs reprises et les nombreux cas observés en relativement peu de temps en font foi.

L'affection touche surtout des sujets jeunes et résistants ; elle succède à des infections tonsillaires ou péritonsillaires, surtout aux abcès amygdaliens mal drainés (22 cas sur les 32 observations).

Souvent l'angine initiale a pu précéder de plusieurs jours et jusqu'à 2 ou 3 semaines la septicémie et un traitement local soigneux pendant cette période eût pu être prophylactique ;

2° *Bactériologiquement*, les examens du sang, du pus des abcès, des thrombus veineux trouvés à l'intervention ou aux autopsies ont révélé :

- 9 fois le streptococcus putrificus pur ;
- 3 fois le même germe associé à d'autres anaérobies ;
- 12 fois des bacilles anaérobies à Gram négatif ;
- 4 fois les anaérobies n'ont pu être isolés, mais l'existence de suppuration fétide rendait vraisemblable leur existence ;
- 4 fois seulement des aérobies paraissaient seuls en cause ;

3° La *pathogénie* veineuse de la septicémie est confirmée par les constatations opératoires ou nécropsiques, montrant l'existence de thrombophlébites infectées, parfois très minimes et cliniquement difficilement décelables.

Rarement, la voie lymphatique paraît en cause ;

4° Le *diagnostic* est souvent difficile. On n'attendra pas le signe classique de la corde veineuse douloureuse suivant le bord interne du sterno-cléido-mastoïdien, signe tardif et trompeur.

C'est le frisson tardif qui est le signe capital, joint à des signes locaux souvent frustes permettant de préciser le côté.

Les résultats de l'hémoculture confirmeront ultérieurement le diagnostic, mais souvent il sera préférable de ne pas les attendre ;

5° Le *pronostic* est fonction du germe en cause, de la précocité d'intervention, de l'absence de métastases, surtout pulmonaires ou articulaires.

Enfin, après guérison, on envisagera le traitement curatif local par nettoyage du rhino-pharynx, mais il est préférable de n'opérer qu'à froid, lorsque tous les symptômes aigus auront cédé.

Dans l'ensemble, l'*intervention chirurgicale* permet, même dans des cas graves, d'espérer une guérison des infections septicémiques post-angineuses, à condition d'être pratiquée assez précocement.

G. Dreyfus-Sée.

R. Brandt. ***Erythrocytose et affections atypiques cérébrales*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVI, n° 28, 12 Juillet 1929). — L'existence de troubles nerveux d'origine anémique est bien connue, mais, à l'exception de quelques observations isolées, dont une d'Oppenheim, l'attention a été peu attirée sur les troubles organiques cérébraux dus à l'érythrocytose.

B. a observé fréquemment des malades présentant des symptômes nerveux de diagnostic malaisé : troubles épileptiformes ou vaso-moteurs accentués avec des signes objectifs variables faisant soupçonner une sclérose diffuse et atypique.

Souvent, chez ces malades, une rougeur vive du visage, surtout du front, quelquefois aussi de la poitrine, attirait l'attention.

L'examen sanguin montra, chez de tels sujets, une polycythémie marquée avec un taux d'hémoglobine notablement élevé et assez souvent un certain degré d'hypertension artérielle.

L'intensité des signes cliniques ne paraît d'ailleurs pas toujours strictement parallèle au degré des modifications sanguines, ce qui avait déjà été noté lors des syndromes neuro-anémiques.

Ces notions sont donc à retenir lors de l'étude des manifestations nerveuses atypiques, souvent rangées à tort dans le domaine des troubles purement fonctionnels, et un examen hématologique, pratiqué dans ces cas douteux, pourra parfois fournir la solution d'un problème diagnostique difficile.

G. Dreyfus-Sée.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Berlin, Francfort, Munich, Vienne)

Martin Stolze. ***Le problème de la prophylaxie du tétanos au point de vue clinique et juridique*** (*Klinische Wochenschrift*, t. VIII, n° 14, 2 Avril 1929). — A la suite de la guerre, remarque S., on est arrivé à la conception suivant laquelle négliger une injection prophylactique contre le tétanos après plaie de guerre doit être considérée comme une faute technique. Depuis lors, les idées ont quelque peu changé. Si, théoriquement, on doit admettre que toute plaie peut être infectée, néanmoins, celles qui ont été souillées par de la terre, du fumier ou des excréments humains et celles des individus qui marchent pieds nus sont tout spécialement suspectes. Parmi les plaies opératoires, il faut noter celles qui atteignent l'intestin dont le contenu est d'autant plus riche en bacilles du tétanos qu'il est consommé davantage de légumes crus ayant été en contact plus ou moins direct avec du fumier. Inversement, les plaies de guerre survenues en Afrique semblent avoir donné rarement lieu au tétanos. Dans les galeries de mines, cette complication tend à disparaître au fur et à mesure que les chevaux sont supprimés dans les galeries.

Quant aux plaies dues à des échardes ou à des aiguilles, il est absolument exceptionnel qu'elles entraînent le tétanos. Les plaies d'origine industrielle et urbaine donnent également rarement lieu à cette complication. D'après une enquête de Wainwright s'étendant à des millions de plaies, il n'aurait été observé que 250 cas de tétanos et le traitement prophylactique ne serait recommandé que par le 15 pour 100 des médecins chez les ouvriers occupés dans l'industrie. Une exception doit être faite, cependant, pour ce qui concerne les ouvriers occupés avec les animaux de boucherie ou de trait et dans la boulangerie.

Pour ce qui concerne les éraflures qui sont si fréquentes, un traitement prophylactique ne semble nécessaire que lorsque le nettoyage de la plaie, la prophylaxie locale, avec excision des bords et suture, a dû être pratiqué. Cette prophylaxie est aussi indispensable que le traitement sérique.

A la question de savoir si une injection de sérum protège à coup sûr contre le tétanos S. répond d'une façon nettement affirmative, pourvu que cette injection ait eu lieu rapidement. Les cas de tétanos qui surviennent 10 jours après l'injection sont dus à ce qu'il s'est formé de nouvelles toxines. Or, les rechutes de tétanos après injection préventive ne surviennent jamais qu'une fois ces 10 jours écoulés, ce qui empêche de mettre en cause une insuffisance d'action du sérum. Par contre, ce médicament comporte une série d'inconvénients : les réactions sériques, la maladie du sérum, le choc anaphylactique qui seul peut tuer. Mais le fait ne s'observe guère que chez les malades antérieurement traités par un autre sérum et chez lesquels il convient d'utiliser la méthode de Besredka.

La policlinique de Francfort, d'où proviennent les cas étudiés par S., a eu à soigner 10.800 accidents entre 1919 et 1928. En 1920, il y en a eu 1.277 dont 665 reçurent une injection de sérum immédiat. Parmi les cas non traités, il y en avait 240 qui doivent être considérés comme de petites éraflures n'ayant même pas nécessité d'excision. Parmi les 600 cas de plaies survenues dans l'industrie, 210 ont été traités sans sérum. Il s'agissait, en général, de plaies par section ou par machine à estamper ou à fraiser. Toutes les plaies survenues dans la population rurale ont été traitées avec le sérum, de même que les accidents d'autos.

Parmi les blessés traités, il y a eu seulement 9 pour 100 de maladies du sérum et 3 pour 100 d'incapacité passagère de travail par le fait d'une urticaire généralisée. On observa, dans 3 cas, un choc anaphylactique survenu chez des gens dont on n'avait pas noté qu'ils avaient déjà reçu antérieurement une injection de sérum.

Au point de vue des résultats, S. note que, dans aucune des 3.900 plaies non traitées, le tétanos n'a été observé. De même, chez les malades traités par le sérum, cette complication n'a pas été observée ultérieurement. Mais les inconvénients du traitement sont assez sérieux pour qu'on ne procède pas à ces injections sans choix. Dans quelques cas, d'ailleurs, une répétition de l'injection sera nécessaire.

Au point de vue juridique, S. remarque que, d'après Schiedermair, tout médecin qui ne pratique pas une injection antitétanique en cas de plaie commet une négligence au sens défini par le Code allemand. Au point de vue médical, S. s'élève contre cette opinion, puisque, dans tant de cas, ce traitement prophylactique n'est pas indiqué. Il arrive donc à cette conclusion que le médecin doit d'abord procéder à la toilette prophylactique de la plaie en laissant les éraflures de côté, car les inconvénients du traitement ne sont pas sans signification.

P.-E. Morhardt.

Bettmann. *La nature et le mécanisme de la réaction de Jarisch-Herxheimer* (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, n° 23, 4 Juin 1929). — La réaction de Jarisch-Herxheimer est considérée souvent comme une réaction spécifique, antigène-anticorps, due à la libération d'endotoxines provenant des germes détruits. Mais on a admis aussi qu'il s'agit d'une hypersensibilité spécifique ou d'une réaction focale. On remarque qu'après une injection d'arsénobenzol, les capillaires se contractent, puis se dilatent. Un phénomène analogue s'observe après injections intraveineuses de solutions diverses. D'autre part, les tissus tuberculeux manifestent, après injection d'arsénobenzol, une réaction qui a pu être comparée à celle de Jarisch-Herxheimer. De même, des médicaments divers (mercure, bismuth) provoquent cette même réaction.

Les impuretés de l'eau, employée primitivement avec l'arsénobenzol, jouaient certainement un rôle. Des facteurs constitutionnels ou occasionnels (irradiation, bain, massage) interviennent aussi, de même que des troubles nerveux, puisqu'on a vu la paralysie d'une région favoriser la réaction. Les injections intra-cutanées la provoquent plus facilement que d'autres. Dans beaucoup de cas, on observe en même temps une excitabilité excessive des pilomoteurs et du dermographisme. Ce dernier phénomène doit être mis en relation avec la libération, dans la peau, d'une substance analogue à l'histamine qui provoque, comme Th. Lewis l'a fait remarquer, une réaction triple : rougeurs, œdème et auréole rouge. Entre cette réaction et celle de Jarisch-Herxheimer, il y a des analogies extraordinaires : l'introduction d'histamine, par ponction ou par fraisage, dans la peau, au niveau d'exanthème syphilitique, détermine, en effet, des réactions plus marquées qu'habituellement.

L'excitant médicamenteux entraîne la libération de substances analogues à l'histamine, phénomène qui intervient également dans les exanthèmes ou dans les phénomènes généraux salvarsaniques. Kalk a d'ailleurs montré qu'au cours du dermographisme intense, l'estomac réagit comme à l'injection sous-cutanée de petites quantités d'histamine.

Dans une observation de l'auteur, on a constaté qu'un exanthème syphilitique réagit à l'injection locale d'histamine comme dans la réaction de Jarisch-Herxheimer. Ce phénomène de réaction se renouvelle si l'on procède à une seconde injection d'histamine par la voie intraveineuse ou encore si l'on administre du mercure notamment sous forme d'embarin.

Néanmoins, pour B., la réaction de Jarisch-Herxheimer est spécifique, quoique des facteurs non spécifiques soient indispensables, la libération de substances analogues à l'histamine constituant une préparation pour la réaction proprement dite. Celle-ci représente un processus à plusieurs phases, car elle constitue une modification temporaire des conditions du travail cellulaire. On s'explique ainsi que cette réaction ait été souvent considérée comme directement proportionnelle à la rapidité avec laquelle les exanthèmes guérissent. Il ne faut pourtant pas oublier qu'un dosage excessif, avec lésions des parois vasculaires et augmentation de la perméabilité de ces parois, peut avoir pour conséquence de mauvais effets au point de vue thérapeutique. En somme, il faut considérer la réaction de Jarisch-Herxheimer comme due à la triple réaction de Lewis, à la destruction des tréponèmes et à une action directe sur la paroi vasculaire.

P.-E. Morhardt.

P. Kaznelson, F. Reimann et W. Weiner. *Chloranémie achylique* (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, n° 23, 4 Juin 1929). — Au cours de recherches sur les maladies du sang, K., R. et W. ont observé un syndrome auquel ils ont donné le nom de *chloranémie achylique* et qui se manifeste par une série de troubles : papitations, fatigue, syncope, pâleur, douleurs des os à la percussion et surtout achylie gastrique entraînant parfois de la diarrhée, de l'inappétence, des troubles nerveux, de la glossite, des troubles trophiques des ongles. Du côté du sang, on constate de l'anémie avec index hémoglobinique faible, sans leucocytose. Le pronostic est généralement bon quoique les auteurs de ce mémoire aient observé un cas de mort chez une femme dont les hématies étaient descendues au-dessous de 2 millions.

Un caractère très particulier de la maladie, c'est qu'on n'arrive à l'influencer ni par l'acide chlorhydrique, ni par la pepsine, ni par l'arsenic, ni par l'administration de foie. Par contre, le fer agit rapidement et de la façon la plus nette, comme Knud, Faber et Gram ont été les premiers à le constater. La préparation employée est exclusivement le fer réduit, à la dose de 3 à 6 gr. par jour. Quelques cas sévères ont pu être suivis pendant plusieurs années, sans qu'il survienne de récidive. On doit cependant considérer que cette médication provoque des rémissions et non des guérisons durables. Dans l'achylie sans anémie, mais avec troubles gastro-intestinaux, ceux-ci s'améliorent et il y a augmentation de poids. Un certain malade reprend du fer toutes les fois qu'il recommence à éprouver les troubles qui ont amené la découverte de son anémie.

Sur les 25 cas observés par K., R. et W., on n'a pas retrouvé de flore du grêle très caractéristique. Le pouvoir bactéricide du liquide duodénal n'a pas été aussi modifié qu'au cours de l'anémie pernicieuse. La moelle osseuse, recueillie par ponction sternale, a montré une augmentation excessive des érythroblastes, constituée, dans la proportion de 30 à 47 pour 100, par des normoblastes. On n'a pas pu retrouver de mégaloblastes ni d'érythrogonie. Il faut donc admettre que la maturation des érythroblastes dans la moelle osseuse est troublée puisqu'il n'y a aucune raison d'admettre une augmentation de l'hémolyse.

Quant à l'action du fer, on doit supposer qu'il s'agit d'un effet général sur l'organisme.

P.-E. Morhardt

Erik Forsgren. *Les fonctions rythmiques du foie et leurs significations quant au métabolisme des hydrates de carbone dans le diabète et quant au traitement par l'insuline* (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, n° 24, 11 Juin 1929). — On a longtemps admis que la richesse en glycogène du foie résulte d'une sorte d'équilibre entre l'apport alimentaire et les besoins. S'il en était ainsi, le foie des herbivores, qui s'alimentent d'une façon continue, contiendrait constamment une proportion élevée de glycogène. Tel n'est pourtant pas le cas puisque, chez ces animaux, il a été constaté que le glycogène du foie varie de 1,3 à 13 pour 100.

En étudiant cette question d'une manière systématique sur 150 animaux d'expérience, F. a ainsi constaté que le foie possède une fonction rythmique, alternativement assimilatrice et dissimilatrice. Dans la 1re phase, la cellule hépatique emmagasine du glycogène ainsi que de l'eau et peut-être aussi des protéines. Pendant la 2e phase, les éléments sécrétés apparaissent d'abord sur une zone étroite de la périphérie du lobule qu'ils envahissent progressivement, tandis que le glycogène disparaît. A ce moment même, si l'alimentation est riche et s'il n'y a pas travail musculaire, le foie est dépourvu de glycogène, fait qui a dû maintes fois entraîner des erreurs dans l'interprétation de constatations expérimentales et qui empêche de considérer le foie comme la source unique du sucre du sang. En effet, un foie qui ne contient que 1/2 gr. pour 100 de glycogène doit être considéré comme un consommateur de sucre. A cet égard, il doit y avoir des différences entre les carnivores qui font des repas rares et les herbivores qui mangent d'une façon continue et dont le tube digestif représente, par suite, un dépôt d'hydrates de carbones.

Chez le rat blanc, on a également trouvé que le glycogène du foie varie de 0,33 à 10 pour 100 et chez les individus morts subitement, des constatations analogues ont été observées notamment par Meixmer.

Chez les diabétiques, de même que chez les animaux dont on a enlevé le pancréas, on a constaté que la richesse du foie en glycogène varie appréciablement et on doit considérer que, dans le diabète léger, le foie conserve la propriété de fabriquer et d'emmagasiner du glycogène. On s'explique ainsi que, chez ces malades, l'élimination de sucre par les urines ne soit pas toujours déterminée par les repas. Chez une femme étudiée par F., consommant 3 repas par jour entre 8 heures du matin et 6 heures du soir, on a constaté qu'entre 4 et 6 heures de l'après-midi, la glycosurie cessait complètement et que, à ce moment, par conséquent, le foie se trouve dans la période où il fabrique le glycogène.

L'administration continue d'insuline dans le diabète doit être considérée comme capable de troubler la fonction rythmique du foie parce qu'elle favorise exagérément la formation du glycogène. Chez le lapin, F. a constaté que la sensibilité à l'insuline est assez variable pour faire songer à une fonction rythmique du foie. Chez un diabétique prenant 3 repas par jour, précédés d'injections d'insuline, F. a observé qu'il apparaissait des phénomènes d'hypoglycémie après la seconde injection. En supprimant cette seconde injection et en augmentant les 2 autres, on a fait disparaître la glycosurie sans provoquer de symptômes d'hypoglycémie. Ainsi l'insuline doit être donnée de préférence au moment où le sucre du sang et celui de l'urine augmentent. Elle doit être, au contraire, supprimée au moment où le sucre diminue de part et d'autre.

Quand il s'agit d'administrer de l'insuline simplement pour stimuler le fonctionnement de la cellule hépatique, on ne peut guère troubler le rythme hépatique, car, selon F., la richesse du foie en glycogène n'est pas appréciablement modifiée chez l'animal non diabétique par l'administration de ce médicament. Néanmoins, l'insuline ne devra pas être administrée à doses trop rapprochées dans les cures d'engraissement.

P.-E. Morhardt.

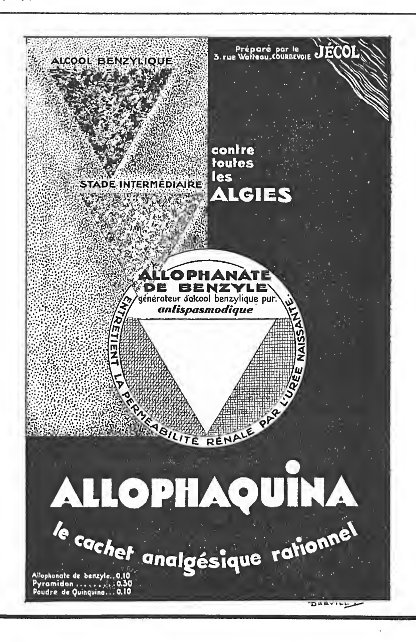
A. Nitschke. *La signification du tissu lymphocytogène (thymus, rate, ganglions lymphatiques) dans la pathogenèse de la spasmophilie du nourrisson* (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, n° 24, 11 Juin 1929). — Avec deux substances extraites du thymus, de la rate ou des ganglions lymphatiques, N. est arrivé à diminuer soit le calcium, soit le phosphore du sérum. Il consacre de nouvelles recherches à la première de ces deux substances qui provoque chez le lapin, outre l'abaissement du taux du calcium, de l'adynamie, une hyperexcitabilité électrique et des crampes généralisées.

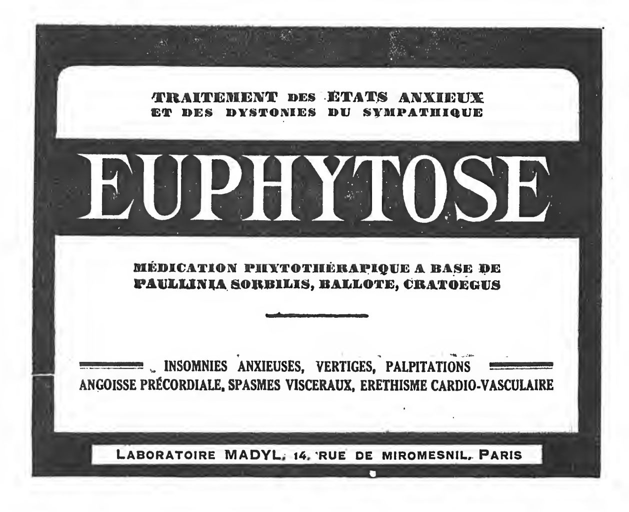
En soumettant l'urine d'enfants spasmophiles et non encore soignés à divers traitements, il a obtenu un précipité qui, dissous dans l'eau, possède des effets caractéristiques. Tandis que l'urine d'enfants normaux, traitée de la même manière, n'abaisse pas le calcium du sang de plus de 10 pour 100, au contraire, celle de 10 enfants spasmophiles a donné un résidu ayant une action très analogue à celle des substances extraites des tissus lymphocytogènes, c'est-à-dire qu'elle a abaissé le calcium du sang de plus de 10 pour 100, en provoquant de l'adynamie, de l'hyperexcitabilité et des crampes. Ce résidu représenterait donc la sécrétion endocrine du système lymphatique. Cette hypothèse est confirmée par le fait que, dans 3 cas, l'urine d'enfants guéris de leur spasmophilie n'a pas donné lieu à ces phénomènes caractéristiques.

Des enfants atteints de spasmophilie latente n'ont pas fourni une urine à propriétés significatives.

On doit donc, selon N., considérer le système lymphocytogène comme l'antagoniste des surrénales.

P.-E. Morhardt.


ALCOOL BENZYLIQUE
Préparé par le JÉCOL
3. rue Watteau. COURBEVOIE
contre toutes les ALGIES
STADE INTERMÉDIAIRE
ALLOPHANATE DE BENZYLE
générateur d'alcool benzylique pur.
antispasmodique
ENTRETIENT LA PERMÉABILITÉ RÉNALE PAR L'URÉE NAISSANTE.
ALLOPHAQUINA
le cachet analgésique rationnel
Allophanate de benzyle.. 0.10
Pyramidon 0.30
Poudre de Quinquina... 0.10


TRAITEMENT DES ÉTATS ANXIEUX
ET DES DYSTONIES DU SYMPATHIQUE
EUPHYTOSE
MÉDICATION PHYTOTHÉRAPIQUE A BASE DE
PAULLINIA SORBILIS, BALLOTE, CRATOEGUS
INSOMNIES ANXIEUSES, VERTIGES, PALPITATIONS
ANGOISSE PRÉCORDIALE, SPASMES VISCERAUX, ERETHISME CARDIO-VASCULAIRE
LABORATOIRE MADYL, 14, RUE DE MIROMESNIL, PARIS

N° 504

Plantes cholagogues indigènes

Bourdaine (*Rhamnus frangula* L.).

Partie utilisée : L'écorce qu'on n'emploiera qu'après qu'elle aura subi une dessiccation prolongée, car, faute de cette précaution, on risquerait de provoquer des tranchées et des vomissements.

Composition chimique : *Franguline* fournissant des oxyméthylanthraquinones (*acide chrysophanique*, *émodine*, *rhamnétine*) associés à des gommes, à des mucilages, à des colloïdes qui en renforcent l'action pharmacodynamique (E. Maurin).

Action pharmacodynamique : Produit des effets laxatifs par augmentation de la sécrétion biliaire sans exagérer le péristaltisme intestinal.

Posologie et mode d'administration : Décoction (2 à 5 gr. p. 150), poudre (1 à 2 gr.), extrait fluide (1 à 2 gr), extrait mou (0 gr. 20 à 0 gr. 40).

Apozème.

Ecorce vieille et concassée de Bourdaine	2 à 5 gr.
Semences de Fenouil	5 gr.
Eau	150 gr.

Faire boullir l'écorce dans l'eau pendant 20 minutes dans un récipient découvert : ajouter au liquide encore bouillant les semences de fenouil ; laisser macérer à froid 6 ou 7 heures ; passer. A prendre le soir au coucher.

Cachets.

Poudre d'écorce de Bourdaine	0 gr 50

Pour 1 cachet. 1 à 2 avant les repas de midi et du soir.

Elixir.

Extrait mou de Bourdaine	1 gr.
Elixir de Garus	50 gr.
Sirop d'oranges	Q. s. p. 100 gr.

De 2 à 4 cuillerées à dessert le soir au coucher.

Sirop (pour les enfants).

Extrait fluide de Bourdaine	5 gr.
Sirop de Roses pâles	75 gr.

1 à 2 cuillerées à café (renfermant chacune 0 gr. 30 d'extrait fluide), le soir au coucher.

Eupatoire d'Avicenne (*Eupatorium cannabinum* L.).

Partie utilisée : La racine récoltée au printemps au moment de la pousse des feuilles.

Composition chimique : Une essence, une résine et une substance découverte par Rhigini, *l'eupatoirne*, poudre blanche de saveur amère et piquante.

Action pharmacodynamique : Présente quelque analogie avec la rhubarbe : effets cholagogues et légèrement purgatifs trouvant leur application chez les constipés par insuffisance de la sécrétion biliaire. Agit aussi comme stimulant de l'appétit

Posologie et mode d'administration : Décoction à 60 pour 1000 (2 tasses le matin à jeun), extrait fluide 2 à 4 gr., extrait mou 0 gr. 50 à 1 gr. par jour.

Pilules.

Extrait mou de racine d'Eupatoire d'Avicenne	0 gr. 10
Extrait mou d'Absinthe	0 gr. 05

Pour 1 pilule : 2 avant chacun des 3 repas.

Potion.

Extrait mou de racine d'Eupatoire d'Avicenne	10 gr.
Teinture de Tanaisie	2 gr.
Glycérine	40 gr.
Eau	Q. s. p. 100 cmc

2 à 3 cuillerées à café par jour, avant les repas.

Polypode (*Polypodium vulgaro* L.).

Partie utilisée : Le rhizome récolté en Juin.

Composition chimique : Une résine et une substance particulière, la *polypodine*, isolée en 1924 par MM. Volmar et Reeb.

Action pharmacodynamique : Eccoprotique agissant exclusivement en activant la sécrétion biliaire, sans influencer directement l'intestin ; particulièrement indiqué dans la constipation des malades atteints de cholécystite et de cholélithiase (H. Leclerc).

Posologie et mode d'administration : Décocté à 10 pour 100 ; extrait mou (0 gr. 40 à 0 gr. 60).

Apozème de Polypode composé.

Rhizome de Polypode	20 gr.
Racine de Réglisse concassée	10 gr.
Racine d'Angélique	5 gr.
Eau	200 gr.

Faire bouillir le polypode dans l'eau pendant 15 minutes ; à la fin de l'ébullition ajouter la réglisse et l'angélique ; laisser macérer le tout 12 heures. Passer et édulcorer la colature avec une cuillerée de miel. A prendre le matin à jeun.

Pilules.

Extrait mou de Polypode	0 gr. 10
Extrait mou de Bourdaine	0 gr. 05

Pour 1 pilule. De 4 à 6 par jour.

HENRI LECLERC.

RÉPERTOIRE DE MÉDECINE PRATIQUE

Un classeur des **Répertoires de Médecine pratique** est en vente à nos bureaux au prix de : *France et étranger*, **9 francs** (*envoi franco*).

(N° 505)

Plantes cholagogues indigènes

PLANTES CHOLAGOGUES INDIGÈNES

Pissenlit (*Taraxacum dens leonis Desf.*).

Partie utilisée : La racine récoltée en automne.

Composition chimique : Une partie soluble formée d'acides *p. Oxyphénylacétique* et *dioxycinnamique* et de *choline* et une partie insoluble renfermant des acides gras, 2 alcaloïdes (*taraxastirol* et *homo-taraxastirol*) et un alcool trivalent, le *cluytianol* ; des sels de potasse et des résines.

Action pharmacodynamique : Agirait selon Rutherfort et Vignal, comme le calomel, en provoquant les contractions de la vésicule biliaire : amende les symptômes d'insuffisance hépatique (ictère, angiocholite chronique, congestion du foie).

Posologie et mode d'administration : Le suc frais à la dose quotidienne de 50 à 100 gr ; l'extrait mou 1 à 3 gr.

Alcoolo-glycéré de suc frais (Brissemoret).

Suc de racines fraîches de Pissenlit	100 gr.
Alcool à 90°	18 gr.
Glycérine	15 gr.
Eau	17 gr.

2 à 4 cuillerées à soupe par jour.

Mixture.

Extrait mou de Pissenlit	10 gr.
Alcoolature de zeste de citron	5 gr.
Glycérine	40 gr.
Eau	Q. s. p. 200 cmc

1 cuillerée à dessert avant chacun des 2 repas.

Romarin (*Rosmarinus officinalis* L.).

Partie utilisée : Les feuilles.

Composition chimique : Un principe amer, du tanin, une essence renfermant du *pinène*, du *camphine*, du *cenéol*, du *camphre droit* et *gauche*, du *bornéol*, de *l'acétate* et du *valérianate* de *bornyle*.

Action pharmacodynamique : Sans effets sur la contractilité vésiculaire, détermine, d'après MM. G. Parturier et P. Rousselle, une sécrétion abondante de bile et des modifications assez marquées de la bile B qui tend à s'éclaircir et à perdre les caractères la différenciant des biles A et C ; exerce, en outre, une action diurétique. Employé avec avantage dans les cholécystites chroniques, les petites ascites avec gros foie, la cirrhose de Laennec, les ictères par hépatite, les ictères par obstruction.

Posologie et mode d'administration : L'infusion à 5 pour 100 prise à jeun et avant les repas (3 à 4 tasses par jour).

Artichaut (*Cynara scolymus* L.).

Parties utilisées : Les feuilles (qu'il ne faut pas confondre avec les bractées employées dans l'alimentation) et la tige.

Composition chimique : Fortes proportions de tanin et une substance très amère, la *cynarine* de Guitteau.

Action pharmacodynamique : Agirait, d'après le Dr J. Brel, en tonifiant la cellule hépatique et en renforçant l'action antitoxique du foie : le même auteur a constaté, à la suite de l'emploi du médicament, l'éclaircissement du teint, le réveil de l'appétit, un effet laxatif, une augmentation de la diurèse avec diminution des éléments anormaux de l'urine.

Posologie et mode d'administration : Décoction à 5 pour 100, 3 tasses par jour ; extrait fluide 3 gr. ; extrait hydroalcoolique 0 gr. 50 à 1 gr.

Mixture.

Extrait hydro-alcoolique de feuilles d'Artichaut	4 gr.
Teinture d'Anis vert	2 gr.
Glycérine	30 gr.
Eau	Q. s. p. 100 cmc

1 à 2 cuillerées à café avant chacun des deux principaux repas.

Pilules.

Extrait hydro-alcoolique de feuilles d'Artichaut	0 gr. 10
Extrait de Polypode	0 gr. 05

Pour 1 pilule. De 2 à 3 avant chacun des 3 repas.

Chicorée sauvage (*Cichorium intybus* L.).

Parties utilisées : Les feuilles et la racine.

Composition chimique : Inuline, matières résineuses et pectiques, mucilage, tanin, un glucoside à saveur très amère, la *cichorine*.

Action pharmacodynamique : Augmente et fluidifie la sécrétion biliaire, stimule l'appétit, favorise la diurèse et réveille le péristaltisme intestinal : c'est un bon cholagogue, nullement irritant, à prescrire aux cholémiques, aux constipés présentant de la congestion du foie.

Posologie et mode d'administration : A la campagne, partout où l'on peut se procurer la plante fraîche, on utilisera la décoction des feuilles (20 gr. pour 500 gr. d'eau : faire bouillir jusqu'à réduction de moitié ; à prendre le matin à jeun). On obtiendra les mêmes effets de l'extrait aqueux de racine prescrit aux mêmes doses que l'extrait de pissenlit (1 à 3 gr. par jour).

Extrait mou de racine de Chicorée	10 gr.
Extrait mou de Germandrée	2 gr.
Teinture de Badiane	3 gr.
Glycérine	40 gr.
Eau distillée	Q. s. p. 200 cmc

(2 à 3 cuillerées à dessert par jour dans un demi-verre d'eau avant les repas).

HENRI LECLERC.

REVUE DES JOURNAUX

ARCHIVES des MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DE LA NUTRITION (Paris)

R.-A. Gutmann et M. Thalheimer. *Les tumeurs bénignes de l'estomac* (*Archives des maladies de l'Appareil digestif et de la Nutrition*, tome XIX, nº 3, Mars 1929). — Les tumeurs bénignes de l'estomac ressortissent à diverses origines : elles peuvent naître aux dépens du tissu conjonctif (fibromes, lipomes), des parois musculaires (léiomyomes), du système nerveux sympathique de l'estomac (schwannomes), de la muqueuse gastrique (adénomes), ou bien être constituées par l'inclusion congénitale d'un fragment de pancréas, de rate, de surrénale, etc.

Cliniquement, les tumeurs bénignes n'ont très souvent qu'une symptomatologie en rapport avec leur masse. Les troubles fonctionnels qu'elles entraînent sont souvent minimes, quelquefois nuls. Ces troubles se bornent généralement à des tiraillements, à une gêne locale, calmés par le décubitus. Parfois la tumeur s'enclave dans le pylore et le bouche transitoirement (symptômes de stase intermittente). Dans certains cas, il existe des crises de vomissements, des hémorragies occultes, légères ou, au contraire, sérieuses. Par suite des douleurs, des hémorragies, des vomissements, quand ces signes existent, l'état général du malade peut être touché : il maigrit, pâlit et on pense à une affection maligne. De fait, les tumeurs bénignes peuvent, en dehors des complications locales et de leurs symptômes fonctionnels et généraux, présenter une transformation maligne (25 pour 100 des cas). D'autre part, fait très intéressant, elles peuvent se recouvrir d'un ulcus vrai.

En présence de signes aussi divers, pouvant aller de la quasi-latence à des syndromes pseudo-ulcéreux ou pseudo-cancéreux, c'est la radiographie seule qui permettra le plus souvent le diagnostic. D'une façon générale, les tumeurs bénignes se présentent radiologiquement sous 3 aspects ; elles peuvent réaliser : une image lacunaire unique médio-gastrique, une lacune des bords de l'estomac, enfin des aspects multi-lacunaires.

L'image lacunaire médiogastrique est très typique. Il s'agit d'une tache blanche, ronde ou ovoïde, à contours réguliers, au contact de laquelle l'estomac paraît avoir, quand on le palpe sous l'écran, gardé toute sa souplesse; l'estomac, au pourtour immédiat de la tumeur, est représenté par une ombre bien noire. — Le 2e aspect des tumeurs bénignes est plus difficile à identifier. Il s'agit d'une *lacune qui*, comme dans les localisations les plus habituelles du cancer, *touche le bord de l'estomac*. L'aspect général est alors celui d'une lacune cancéreuse, à bords en général très nets et très réguliers. — Enfin le 3e aspect est celui des *tumeurs multiples séparées*. On voit alors, surtout lorsque les tumeurs ou les lobulations sont petites, de petites lacunes claires, à bords assez flous et qui rappellent les calculs de cholestérine vus en clair sur une vésicule remplie par le tétraiode. Cet aspect, que l'on peut appeler « en cible trouée », est assez particulier.

En présence de ces aspects, diverses autres recherches doivent être faites pour caractériser encore mieux la bénignité. — La *souplesse de la paroi* à la main est un signe important qui traduit la non-infiltration de cette paroi au voisinage immédiat de la tumeur. Lorsque la tumeur siège non loin du pylore, la *perméabilité du pylore* est également un signe en faveur de la bénignité, encore, comme nous l'avons dit plus haut, que des tumeurs bénignes pédiculées puissent temporairement obstruer le passage gastrique. — L'*indolence à la pression* est en faveur de la bénignité ; mais ce signe est loin d'être absolu : assez souvent le cancer est également indolore. — L'étude des *plis de la muqueuse* peut également contribuer à fixer le diagnostic de bénignité (absence de déformation de ces plis muqueux à côté même de la tumeur, ce qui est contraire à l'idée d'une infiltration péri-tumorale). — Enfin la *conservation des ondes péristaltiques*, qu'on voit se poursuivre sous la tumeur même, est encore une preuve d'un état de non-infiltration de la paroi, et, par conséquent, de la nature bénigne de la tumeur.

Telles sont les principales données cliniques et radiologiques qu'il faut connaître et qui font des tumeurs bénignes un chapitre intéressant de la pathologie gastrique. J. Dumont.

ARCHIVES DE MEDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES (Paris)

L.-M.-J. Bernard (Val-de-Grâce). *Les complications urinaires des traumatismes fermés du bassin* (*Archives de Médecine et de Pharmacie militaires*, tome XC, nº 5, Mai 1929). — Les traumatismes fermés du bassin (fractures et luxations) posent devant le chirurgien qui est appelé à les traiter un problème toujours angoissant du fait des complications osseuses, nerveuses et surtout viscérales très graves qu'ils entraînent. Parmi ces dernières, les complications urinaires sont en première place et le pronostic vital des blessés dépend toujours de leur traitement correct et précoce.

A la suite des traumatismes fermés du bassin, on peut observer : 1º des *déchirures de l'urètre membraneux* ; 2º des *déchirures de la vessie*. Les lésions de l'urètre membraneux se voient électivement dans les fractures ou les luxations du bassin; les lésions de la vessie, dans les disjonctions du pubis.

1º *Lésions de l'urètre membraneux*. — Masquée au début par les phénomènes de choc et les symptômes propres à la lésion du bassin, la rupture de l'urètre membraneux dénonce son existence par un signe capital, la *rétention d'urine*; il se forme au-dessus du pubis un *globe vésical* douloureux. *L'urétrorragie*, contrairement à ce qu'on voit dans les blessures de l'urètre pénien, bulbaire ou périnéal, est ici ou absente ou très peu abondante, d'une part parce que l'urètre membraneux saigne fort peu, d'autre part parce que l'hématome se constitue ici au-dessus de l'aponévrose moyenne et n'a que peu de tendance à s'extérioriser. C'est ce qui explique aussi l'*absence de tuméfaction périnéale*; par contre, l'infiltration gagne les fosses ischio-rectales, se traduisant par des *ecchymoses scrotales, périnéales*. Le toucher rectal révèle un *empâtement du bec de la prostate*. Le *cathétérisme de l'urètre est impossible*.

2º *Lésions de la vessie*. — Elles consistent en déchirures extra-péritonéales et en ruptures intrapéritonéales, la première variété étant la plus fréquente.

a) *Déchirures extra-péritonéales*. — Il existe un *empâtement diffus au niveau de la région hypogastrique* dû à l'épanchement sanguin abondant qui se produit dans l'espace prévésical et à l'urine qui filtre dans ce même espace. Le péritoine réagit pour son propre compte et l'on observe le plus souvent des nausées, des vomissements et une *contracture de la paroi abdominale*. Le *blessé n'a pas envie d'uriner*. Le *cathétérisme est possible*, mais ne ramène que quelques gouttes d'urine sanglante. Au *toucher rectal*, on sent un empâtement diffus prérectal.

b) *Déchirures intrapéritonéales*. — Le blessé a du *ténesme vésical* : il veut uriner et ne peut émettre que quelques gouttes d'urine sanglante. Il a des nausées, des vomissements. Il existe une *contracture généralisée de la paroi abdominale*. On ne constate pas de globe vésical; mais au bout de quelques heures on peut noter une *matité de type ascitique* prédominant dans les flancs. Par le *toucher rectal*, on sent bomber le cul-de-sac de Douglas. Le *cathétérisme* ramène ou bien peu d'urine sanglante ou, au contraire, une quantité plus importante quand la sonde réussit à passer dans la cavité péritonéale par la brèche vésicale.

Le traitement de ces lésions urinaires prime celui des lésions de la ceinture pelvienne; négligées, elles exposent, en effet, les blessés à une série de complications, toujours graves, souvent mortelles : hémorragies, infection urinaire, péritonite, rétrécissements.

1º *Traitement des lésions de l'urètre*. — Deux alternatives : le blessé peut uriner ou il ne le peut pas.

a) *Le blessé peut uriner*. — Se garder de faire un cathétérisme. La cicatrisation se fera progressivement et, quand elle sera achevée, il faudra entreprendre et continuer des dilatations régulières.

b) *Le blessé ne peut pas uriner*. — Ici, pas d'expectation : il faut intervenir pour mettre fin à la rétention et éviter l'infection du foyer. L'intervention comprend deux temps : α) *cystostomie de dérivation*; — β) *réfection de l'urètre* : si, après mise au jour du foyer de rupture, on peut tenter une urétrorraphie correcte, on ne laissera pas de sonde urétrale à demeure ; si cette restauration n'est pas possible, on laissera, au contraire, l'urètre se refaire secondairement sur sonde et on procèdera ultérieurement, après ou sans urétrotomie interne, à des dilatations régulières du canal.

2º *Traitement des lésions vésicales*. — Que la lésion soit extra- ou intrapéritonéale, on l'abordera par une incision sus- et même prépubienne (au cas de disjonction de la symphyse). La plaie vésicale devra être suturée le mieux possible. On fera bien — malgré l'avis contraire de Wiart, Lenormant, Baudet — d'établir ensuite une cystostomie de dérivation qui mettra l'organe au repos et assurera mieux le succès de la suture. Enfin, on drainera la cavité de Retzius, pour éviter la cellulite pelvienne.

Qu'il s'agisse de lésions urétrales ou de lésions vésicales, les *soins post-opératoires* ont la plus grande importance : soins de propreté générale pour empêcher l'apparition des escarres, soins locaux quotidiens (lavages de la vessie, entretien de la sonde) pour éviter l'infection de la vessie, plus tard dilatation progressive pour combattre les rétrécissements.

J. Dumont.

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE (Paris)

Glaubersohn et Villfand. *Contribution à la question du zona* (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, tome X, nº 6, Juin 1929). — G. et V. ont pratiqué chez le nourrisson une série d'inoculations du contenu de vésicules du zona et de liquide céphalo-rachidien d'enfants atteints de zona.

L'inoculation du contenu des vésicules zonateuses réussit dans un grand nombre de cas, et même la réinoculation peut réussir chez un même sujet. Quant aux inoculations du liquide céphalo-rachidien, elles ont toutes été négatives.

G. et V. concluent qu'il faut ranger le zona parmi les maladies infectieuses; la porte d'entrée de l'infection paraît être la peau. R. Burnier.

Marinesco. *Recherches anatomo-cliniques sur le problème des virus syphilitiques* (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, tome X, nº 7, Juillet 1929). — La clinique, l'histologie pathologique et les données expérimentales ne permettent pas d'admettre 2 espèces de virus syphilitique (dermotrope et neurotrope), car on rencontre fréquemment l'association de manifestations de syphilis et parasyphilis et même on a vu apparaître, chez des paralytiques généraux traités par la malaria, des manifestations de syphilis tertiaire. M. rapporte égale-

ment 3 observations dans lesquelles coexistaient des lésions syphilitiques et parasyphilitiques.

Il n'en est pas moins vrai, au point de vue de l'évolution et de la topographie des spirochètes, qu'on rencontre dans la métasyphilis et spécialement dans la paralysie générale un très grand nombre de spirochètes disposés en foyers ou disséminés dans le parenchyme nerveux.

Dans la syphilis dite dermotrope du névraxe, l'atteinte est plus ou moins précoce, tandis que dans la syphilis neurotrope, elle est d'habitude tardive et les manifestations cutanées, quoique exceptionnelles, ne font pas complètement défaut. Dans la syphilis dermotrope, les lésions sont d'emblée vasculaires, les altérations du parenchyme sont secondaires, tandis que dans la syphilis neurotrope, les lésions vasculaires et méningées et celles du parenchyme sont plus ou moins simultanées. Dans la syphilis parenchymateuse ou la métasyphilis, les spirochètes semblent en quelque sorte attirés par le milieu dans lequel baigne le parenchyme : aussi trouve-t-on dans la paralysie générale une quantité extraordinaire de tréponèmes.

M. a supposé que cette attraction a lieu en vertu de la prédisposition du parenchyme, due au changement du milieu ambiant, c'est-à-dire de la charge électrique. Le pH doit jouer un rôle considérable dans la localisation et la pullulation des tréponèmes dans le parenchyme de l'écorce. M. a constaté que le pH des paralytiques généraux a une tendance marquée vers l'alcalose; il est ordinairement supérieur à 7,40; dans certains cas de paralysie générale grave avec troubles de démence, le pH montait à 7,59; dans les formes de début, le pH était par contre à peu près normal Le pH est influençable par le traitement; celui-ci peut le faire descendre vers l'acidose, ce qui peut se constater aussi dans la pyrétothérapie, mais à un degré moindre que dans la malariathérapie. Les modifications humorales qui surviennent dans le cerveau après la malaria, dont la conséquence est l'abaissement du pH, semblent constituer un milieu défavorable à la vitalité des spirochètes.

R. Burnier.

P. Ravaut. *La suppression des indurations veineuses consécutives aux injections intraveineuses de solution iodo-iodurée par l'adjonction d'hyposulfite de soude* (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, tome X, n° 7, Juillet 1929). — Les injections intraveineuses de solution de Lugol ont l'inconvénient d'indurer les parois de la veine au bout de quelques injections. Pour obvier à cet inconvénient, R. propose d'ajouter à la solution iodo-iodurée une solution d'hyposulfite de soude. Si on emploie la solution de Lugol ordinaire à 1 pour 100 d'iode métallique, on aspire dans une seringue la quantité à injecter et on aspire ensuite un volume égal de solution d'hyposulfite à 20 pour 100; la décoloration est instantanée.

Avec des solutions iodo-iodurées concentrées, il faut prendre un poids d'hyposulfite double de celui d'iode à injecter.

Les mélanges doivent toujours être faits au moment de l'emploi, car, au bout de quelques instants, la solution, d'abord limpide, se trouble, laissant déposer un précipité pulvérulent de soufre.

L'activité de la nouvelle solution paraît aussi grande, sinon supérieure, à celle de la simple solution iodo-iodurée.

R. Burnier.

JOURNAL DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE

(Paris)

Delherm et Beau (Paris). *La diathermie et la radiothérapie dans le traitement de l'artérite oblitérante* (*Journal de radiologie et d'électrologie*, t. XII, n° 7, Juillet 1929). — Les courants de haute fréquence ont été utilisés sous forme de lit condensateur suivi d'effluvation ou de friction avec le manchon de verre de Oudin; comme le prouvent 6 observations publiées en 1909, par Delherm et Laquerrière, et qui sont ici résumées, on obtenait des résultats tout à fait intéressants. Actuellement, on utilise de préférence la diathermie; mais il est indispensable d'employer une *bonne technique*. Si, on met une plaque sous le pied, l'autre sous la fesse et qu'on atteigne la plus haute intensité possible, il se produit un échauffement rapide localisé au point où le diamètre est le plus faible (cheville) et le reste du membre ne s'échauffe pas; on détermine de la douleur sans effet thérapeutique; le mieux est de disposer au début de la séance les électrodes comme ci-dessus, et d'élever doucement l'intensité. Quand le sujet éprouve une bonne sensation de chaleur, non pénible, à la cheville, on déplace l'électrode inférieure, et on la porte sur le mollet, on continue alors la séance avec une intensité plus forte; la totalité du membre est ainsi chauffée de façon satisfaisante. 14 observations donnent les résultats suivants :

7 guérisons cliniques dont l'une se maintient depuis 3 ans; 2 améliorations, 5 échecs (l'un chez un cardiaque avancé en asystolie, un autre chez un malade ayant déjà subi une sympathectomie avec dénudation périartérielle sans résultat).

L'examen de l'amplitude des oscillations au Pachon paraît un procédé de pronostic très valable en général; il faut cependant tenir compte des phénomènes spasmodiques qui peuvent diminuer cette amplitude et sur lesquels le traitement a une influence marquée.

Dans 3 des cas où la diathermie avait échoué, D. et B. ont essayé la radiothérapie. Irradiations de la colonne dorso-lombaire de D.2 à L.5, étincelle équivalente 25 cm., filtre de 5 mm. d'aluminium, 300 à 400 unités R. par séance, 1 à 3 séances par semaine. Séries de 900 à 1.600 R. séparées par 15 jours à 3 semaines de repos. Dans 2 observations, échecs; mais dans la 3e, très beau succès qui se maintient au bout de 9 mois.

Les A. rappellent que Philips et Tunick (1925) ont irradié de même le segment inférieur de la colonne vertébrale chez 50 malades atteints de troubles circulatoires des extrémités (la plupart dus à la thromboangéite oblitérante) et n'ont eu que 2 échecs.

Ils exposent les théories qui ont été invoquées pour expliquer ces effets de la radiothérapie et pensent qu'on peut les attribuer à une action sur le spasme par l'intermédiaire du sympathique.

Il leur paraît indispensable de faire souvent une thérapeutique éclectique. La diathermie doit être appliquée avec une technique convenable. Des séances d'infrarouges ou de lumière sur les extrémités sont utiles. La radiothérapie de la partie correspondante de la colonne vertébrale peut donner des succès. Enfin, le lit condensateur agit sur le métabolisme général et les glandes à sécrétion interne. Naturellement, cette thérapeutique physique ne dispense pas du traitement médical et de l'hygiène, en particulier chez les spasmodiques, et peut être alternée avec la cure carbo-gazeuse de Royat.

A. Laquerrière.

L'ODONTOLOGIE

(Paris)

Dufourmentel. *Le traitement chirurgical des atrophies mandibulaires* (*L'Odontologie*, 49e année, tome LXVII, n° 8, Août 1929). — D. montre que le plus habituellement les atrophies mandibulaires sont liées à une lésion de l'articulation temporo-maxillaire ; cette atrophie n'étant pas seulement due à une diminution de la mobilisation de la mandibule, mais à un véritable trouble trophique. Il décrit des atrophies du corps mandibulaire, des atrophies partielles, notamment de la région articulaire.

L'*atrophie du corps mandibulaire* est d'un diagnostic étiologique très facile lorsqu'elle est la séquelle d'une arthrite temporo-maxillaire ayant abouti à l'ankylose; mais elle peut aussi se rencontrer à la suite d'arthrite légère ou méconnue du jeune âge. Il faut donc fouiller les antécédents, notamment gonococciques, d'où la valeur de la coïncidence d'une taie cornéenne et d'une atrophie mandibulaire.

L'*atrophie partielle* atteint le plus souvent le *col du condyle*, le corps de la mandibule étant respecté. Il en résulte une béance incisive avec rétro-occlusion incisive inférieure. Ces atrophies partielles peuvent relever des causes habituelles des arthrites temporo-maxillaires : blennorragiques, traumatiques, à la suite d'une rougeole, d'une scarlatine. Mais il ne faut oublier les arthrites survenant chez des enfants qui ont des défauts d'articulé dentaire, « qui ont des tics, qui mâchonnent, grincent des dents, n'ont jamais de repos articulaire et finissent par irriter par petites secousses constantes, continues, leur articulation temporo-maxillaire ». A côté de ces *atrophies partielles postérieures*, peuvent exister des *atrophies antérieures* : des microgénies simples ou des atrophies, conséquences de la glossoptose ou de mauvaises habitudes.

Du point de vue thérapeutique, lorsque les lésions, devenues osseuses, « ont atteint une certaine ampleur, elles ne peuvent plus réagir au traitement orthodontique; le traitement chirurgical intervient ».

D. propose :

1° Dans les atrophies partielles de la région articulaire, l'interposition entre le temporal et le condyle d'un disque cartilagineux prélevé au niveau d'une côte;

2° Dans les cas de microgénie simple, la greffe cartilagineuse;

3° Dans les atrophies du corps de la mandibule, l'ostéotomie avec écartement des fragments et immobilisation par appareillage, avec ou sans greffe, ou la section de la mandibule en échelons.

C. Ruppe.

REVUE DE STOMATOLOGIE

(Paris)

Bercher et Lacaze. *Réflexions sur une observation d'angine de Ludwig* (*Revue de stomatologie*, tome XXXI, Juillet 1929). — A propos d'une observation d'angine de Ludwig, consécutive à une adénite sous-mentale, B. et L. exposent leurs idées pathogéniques sur l'angine de Ludwig qui ne serait qu'un processus secondaire à une infection primitive et circonscrite, comme un ostéo-phlegmon, une adénite, un abcès de la langue. Cette lésion déchaînante a parfois son siège dans la région sublinguale, mais, dans d'autres cas, elle est sous-maxillaire ou sous-mentale et gagne ensuite le plancher de la bouche soit par désintégration du mylo-hyoïdien, soit par cheminement entre le mylo-hyoïdien et l'hypoglosse

C. Ruppe.

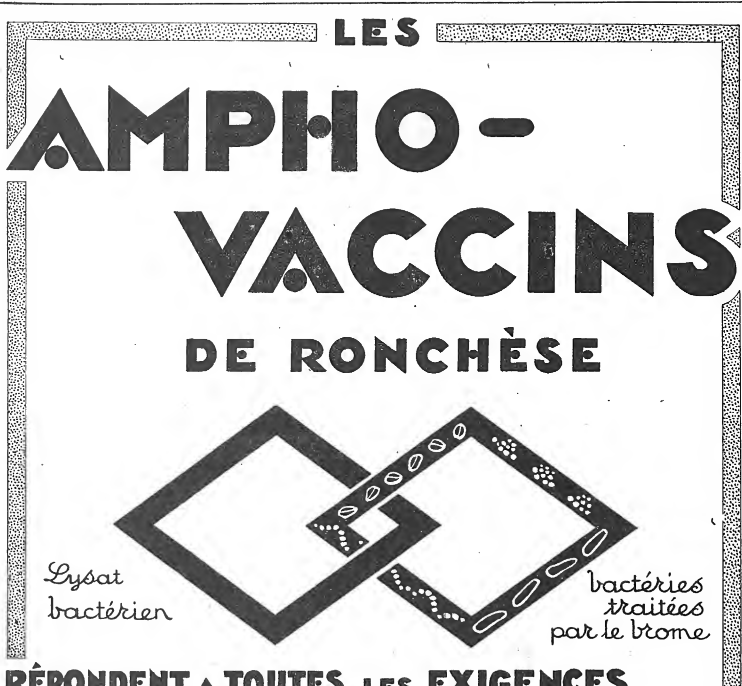
ARCHIVES DES MALADIES DU CŒUR DES VAISSEAUX ET DU SANG

(Paris)

Maurice Letulle, Marcel Labbé et Jean Heitz. *A propos des artérites diabétiques. Les néo-vaisseaux du champ endartéritique* (*Archives des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang*, t. XXII, n° 7, Juillet 1929). — L., L. et H., au cours de l'examen des artères d'un membre amputé chez un diabétique de 60 ans, ont constaté l'existence, dans l'endartère proliférée, de néo-vaisseaux artériels et veineux. C'est un fait exceptionnel, alors qu'on connaît le développement habituel de ces néoformations et le rôle important qu'elles jouent dans la recanalisation des thrombus artériels, dans la maladie de Léo Buerger.

Dans le cas observé, il semble que les formations néo-artérielles représentent un effort stérile pour rétablir la circulation artérielle. Ces diabétiques sont tous des sujets âgés; leurs lésions artérielles surviennent, non par une évolution aiguë comme dans la maladie de Léo Buerger, mais par un processus dégénératif qui frappe à des degrés divers et simultanément les segments périphériques de l'arbre artériel. Un tel processus ne laisse guère place aux tendances reconstructives, qui se trouvent rapidement frappées elles-mêmes par une dégénérescence conduisant à l'oblitération spontanée et progressive d'où la marche fatale dans la majorité des cas de la gangrène chez les diabétiques.

L. Rivet.



RÉPONDENT A TOUTES LES EXIGENCES D'UNE VACCINATION BIEN CONDUITE TANT CURATIVE QUE PRÉVENTIVE

Cinq vaccins injectables

ANTI-INFECTIEUX
ANTI-STAPHYLOCCOCIQUE
INTESTINAL
PULMONAIRE
URINAIRE

Un vaccin à ingérer

INTESTINAL

Deux vaccins pansements

ANTI-PYOGÈNE
RHINO-PHARYNGIEN

PRÉPARÉS PAR
A. D. RONCHÈSE
Docteur en Pharmacie
7, Place Cassini
NICE

LITTÉRATURE, ÉCHANTILLONS
L^res DURET et REMY
15, Rue des Champs
ASNIÈRES (Seine)

LE SANG

(Paris)

F. Françon. ***Recherches sur la valeur diagnostique des dosages d'acide urique dans le sang au cours de la goutte chronique tophacée, du rhumatisme goutteux et du rhumatisme chronique non goutteux*** (*Le Sang*, tome III, nº 4, 1929). — Chez 36 malades, atteints de rhumatismes chroniques goutteux ou non, dont il donne les observations résumées, F. a déterminé le taux de l'acide urique plasmatique et de l'acide urique total du sang, au moyen de la technique de Grigaut. Voici quelles sont ses conclusions : les deux hyperuricémies ne paraissent pas avoir entre elles de relations très nettes; il ne paraît pas non plus y avoir de rapports entre le taux d'uricémie et l'âge, le régime, l'ancienneté des accidents ou le pronostic des rhumatismes chroniques. F. a divisé ses sujets en 5 groupes.

Chez les malades atteints de goutte tophacée ou de rhumatisme goutteux, l'hyperuricémie présente un grand intérêt, et surtout la plasmatique. Sur 20 hyperuricémies à 0,060, il a trouvé, en effet, 8 goutteux et 10 rhumatismes goutteux. Il existerait, en outre, un certain parallélisme entre celle-ci et le volume des tophi. Par contre, le taux de l'acide urique du sang paraît sans rapports avec l'hypertension artérielle. Le traitement thermal semble avoir un effet uricolytique, mais il se fait une élévation légère de l'hyperuricémie plasmatique.

Dans la gravelle (7 cas), l'A. U. P. est nettement élevé. L'A. U. T. semble surtout élevé dans la gravelle présente, sans qu'il y ait variations de même sens des deux uricémies. Comme l'avaient déjà remarqué Chauffard, Brodin et Grigaut, il n'y a pas de relations entre l'élimination urinaire de l'acide urique et l'élévation de ce corps dans le sang.

Chez les goutteux obèses, on constate l'hyperuricémie plasmatique, alors que chez les maigres, le taux est beaucoup moins élevé.

Les troubles rénaux, non lithiasiques, ne paraissent pas avoir une action quelconque sur l'uricémie; il en est de même des troubles cardiaques.

Un seul point se dégage nettement, l'importance considérable de l'hyperuricémie plasmatique dans la goutte chronique et la gravelle.

A. Escalier.

P. Emile-Weil. ***Les cas d'anémies biermériennes résistant au traitement hépatique simple ou mixte*** (*Le Sang*, tome III, nº 4, 1929). — La méthode de Whipple a complètement modifié le pronostic de l'anémie pernicieuse, et ses succès ne se comptent plus. Il existe cependant des affections biermériennes hépato-résistantes. W. en étudie 3 observations personnelles, très caractéristiques à cet égard. Il s'agit bien, dans ces cas, d'anémies cryptogénétiques et non d'anémies symptomatiques, toujours moins bien influencées par l'absorption de foie. Il s'agit bien aussi d'anémies pernicieuses. W. n'admet pas qu'on puisse appeler anémies pernicieuses vraies aplastiques les seuls cas inguérissables. Tous les cas curables ne constituent que des anémies pseudo-graves. La maladie de Biermer n'est pas toujours curable par le traitement hépatique, sans que rien puisse faire prévoir à l'avance quels sont les cas qui entreront dans ce cadre.

On pourrait parler d'un véritable hépato-pronostic de l'anémie pernicieuse, analogue au transfuso-pronostic, déjà décrit par P. E -Weil et Isch-Wall.

L'hépato-résistance est variable; tantôt, peu prononcée, elle cède soit à l'accroissement des doses de foie, soit à l'adjonction d'un traitement adjuvant. Celui-ci peut consister en administration d'extraits hépatiques, en transfusions qui, loin de contrarier le traitement, le complètent au contraire, et enfin en injections quotidiennes d'insuline (10 à 20 unités). Dans d'autres cas, ces moyens thérapeutiques ne sont qu'à demi efficaces; ils échouent complètement lors d'une rechute. Enfin dans la pire éventualité, qui est rare, toutes les méthodes, même utilisées simultanément, ne donnent aucun résultat.

Mais il faut insister sur l'association de ces divers procédés, qui peut exalter puissamment la régénération sanguine, alors que le foie, employé seul, reste peu efficace.

A. Escalier.

ANNALES DE MÉDECINE

(Paris)

Henri Roger et Albert Crémieux (de Marseille). ***Les tumeurs cérébrales multiples*** (*Annales de Médecine*, tome XXVI, nº 1, Juin 1929). — Ces tumeurs peuvent être primitives ou secondaires.

Parmi les *tumeurs multiples primitives*, les tumeurs multiples primitives de l'encéphale, exceptionnelles, sont habituellement des gliomes. Les tumeurs multiples primitives des nerfs craniens constituent la catégorie la plus importante et il convient d'y individualiser particulièrement les tumeurs bilatérales de l'acoustique et surtout la neuro-fibromatose centrale, dont les tumeurs atteignent surtout les deux acoustiques, avec un pronostic sombre. Les auteurs en relatent un cas personnel. Les tumeurs multiples primitives des méninges peuvent se localiser soit au niveau des méninges externes (sarcomatose diffuse des méninges d'Ollivier ou tumeurs nettement séparées) ou au niveau des méninges internes (tumeurs ventriculaires). On peut, enfin, observer simultanément des tumeurs développées dans plusieurs organes, notamment : association de tumeur méningée et de tumeur d'un ou plusieurs nerfs, type dont les auteurs relatent un cas personnel; ou tumeurs des nerfs associées à une ou plusieurs tumeurs de l'encéphale et parfois à des tumeurs de la moelle ; ou encore association de tumeurs multiples des méninges craniennes et de l'encéphale.

Les *tumeurs cérébrales multiples secondaires ou métastatiques* constituent une localisation plutôt rare parmi les métastases cancéreuses. Elles peuvent être liées à des tumeurs d'organes variés. Une mention spéciale doit être réservée aux métastases multiples méningées.

Les auteurs précisent les éléments du diagnostic positif et différentiel, notamment avec les abcès cérébraux et les tuberculomes cérébraux. L'intérêt de tels diagnostics n'est pas uniquement spéculatif, en raison des indications opératoires qu'il convient de dégager.

L. Rivet.

G. Paisseau et V. Oumansky. ***Rhumatisme tuberculeux*** (*Annales de Médecine*, tome XXVI, nº 1, Juin 1929). — Dans cet important mémoire, émaillé d'observations personnelles, P. et O. montrent d'abord sur quels arguments reposait jusqu'ici la conception des diverses formes cliniques du rhumatisme tuberculeux : cas de rhumatisme se présentant comme épisode initial d'une tuberculose viscérale ou articulaire ; cas où des localisations viscérales tuberculeuses et le rhumatisme présentent un synchronisme remarquable ; rhumatismes chroniques d'origine tuberculeuse démontrée cliniquement et radiologiquement ; cas où un rhumatisme aigu se localise au niveau de la colonne vertébrale sous forme d'un mal de Pott. Dans un cas de rhumatisme articulaire aigu, survenu au cours d'une tuberculose pulmonaire évolutive et qui s'est terminé par guérison complète des jointures, l'inoculation au cobaye du liquide articulaire décela sa nature tuberculeuse.

Toutefois, les constatations positives de ce genre restant exceptionnelles, il est admis qu'il est, en règle générale, impossible de déceler le bacille tuberculeux dans les lésions et que, d'ordinaire, le rhumatisme tuberculeux ne fait la preuve de son origine ni par l'anatomie pathologique, ni par la bactériologie.

P. et O. ont entrepris des travaux dans un sens nouveau, par la recherche de la tuberculose atypique du cobaye (Calmette, Valtis et Lacomme). Dans 3 cas, ils ont provoqué par l'inoculation de produits pathologiques articulaires non filtrés une tuberculose expérimentale présentant les caractères essentiels de la tuberculose réalisée par l'inoculation des éléments filtrables du bacille tuberculeux (ultra-virus tuberculeux). Ils analysent ces 3 observations intéressantes, qui avaient trait à 3 cas assez disparates d'arthrite aiguë au cours d'un purpura rhumatoïde, d'hydarthrose chronique du genou post-rhumatismale, d'ostéite aiguë suppurée consécutive à un épisode rhumatismal aigu, peut-être aussi dans une arthrite chronique suppurée, également post-rhumatismale. Le résultat fut obtenu avec des exsudats articulaires séro-fibrineux, du pus et des fongosités prélevées à la curette en plein foyer d'ostéite avec cavernes osseuses. Ces faits doivent être rapprochés d'observations de Burnet, qu'ils éclairent.

De tels faits permettent d'envisager la question de la nature de certains acido-résistants et de leurs rapports avec les germes issus des éléments filtrables du bacille tuberculeux, et de leur rôle pathogène. Ils complètent les preuves bactériologiques de l'origine d'un certain nombre de formes cliniques de rhumatisme tuberculeux que les procédés classiques restent impuissants à fournir en raison de la rareté des constatations positives. Les arthrites aiguës, récentes, à leur phase d'activité, semblent surtout favorables à la mise en évidence de l'ultravirus, plutôt que celles du rhumatisme chronique.

L. Rivet.

LA MÉDECINE

(Paris)

P. Bezançon et R. Azoulay. ***Les aspects radiologiques des suppurations pulmonaires. Le lipiodo-diagnostic*** (*La Médecine*, tome X, nº 9, Juin 1929). — Dans cette monographie de 64 p., B. et A. passent en revue les aspects radiologiques que l'on peut avoir dans « les affections broncho-pleuro-pulmonaires qui s'accompagnent de rejet de pus par les voies aériennes supérieures », la tuberculose exceptée.

L'examen radiologique et les radiographies instantanées faites à distance (au moins 1 m. 80), après injection endolaryngée ou intersicothyroïdienne de lipiodol dans l'arbre bronchique, ont fourni une série de données extrêmement intéressantes qui, confrontées avec l'examen radiologique simple, l'examen clinique et l'évolution, permettent de préciser des diagnostics toujours délicats. Le lipiodo-diagnostic est une méthode pénible, mais sans grand danger, sauf dans les suppurations putrides du poumon où il entraîne parfois une recrudescence des signes fonctionnels et généraux.

Dans la *dilatation des bronches*, l'opposition entre les signes radiologiques négatifs et l'importance des signes fonctionnels et d'auscultation a une grande valeur. Il faut distinguer les dilatations cylindriques des dilatations ampullaires qui donnent avec le lipiodol soit des aspects vacuolaires, soit l'aspect en rosette, soit un nid d'abeilles périhilaire, soit un aspect cavitaire. L'examen au lipiodol est particulièrement précieux dans les formes simulant la pleurésie de la grande cavité ou la pleurésie médiastine. Peuvent être cause d'erreur la stagnation du lipiodol dans le parenchyme qui donne des plages d'ombre, les lacs lipiodolés des lobules emphysémateux, les bronches entrecroisées ou vues de champ.

Les petits abcès péribronchiques multiples donnent des images très analogues à celles des dilatations, mais celles sont anfractueuses. Les moyens et les gros abcès sont surtout à distinguer des pleurésies interlobaires; ils sont plus anfractueux et quelquefois soulignés par l'ombre d'une scissurite. La ponction exploratrice avec injection de lipiodol peut être utile pour le diagnostic.

La *gangrène pulmonaire* est caractérisée par les remaniements des aspects radiologiques. Les *cancers* donnent des opacités considérables. Les pleurésies interlobaires refoulent les bronches en les tassant, elles ne les détruisent pas. Les pleurésies médiastines sont très rarement bilatérales. Les pleurésies axillaires, celles de la grande cavité peuvent bénéficier d'une ponction exploratrice avec injection de lipiodol. Le kyste hydatique et l'amibiase ont enfin leurs aspects radiologiques spéciaux.

Robert Clément.


Médication Opothérapique
EXTRAITS TOTAUX
CHOAY
Obtenus par dessiccation rapide, dans le vide, vers 0°,
d'organes soigneusement récoltés, auxquels ils sont équivalents.
SYNCRINES CHOAY
Résultant de l'association d'Extraits totaux,
en formules qui répondent aux principaux syndromes
COMPRIMÉS · CACHETS · PILULES · AMPOULES
CHOAY
Échantillons sur demande au LABORATOIRE CHOAY
48, Rue Théophile Gautier, PARIS-16e - Tél. Auteuil 44-09

ARCHIVES DE L'INSTITUT PASTEUR DE TUNIS

Jean Bance et Louis Caillon. ***Les eaux minérales en bouteille. Recherche du pH, des colibacilles; numération des germes*** (*Archives de l'Institut Pasteur de Tunis*, tome XVIII, 1929, n° 2). — Ces recherches ont porté sur deux échantillons de toutes les bouteilles d'eau minérale qu'ils ont trouvées au dépôt de Tunis, et qui y séjournaient depuis 3 à 6 mois.

D'une façon générale, le *pH* différait fort peu d'un échantillon à l'autre d'une même eau et était sensiblement le même que pour les mêmes eaux à l'émergence, du moins pour certaines eaux de Vichy.

Une seule eau contenait des colibacilles (de 200 à 500 par litre, les deux échantillons étant également contaminés).

La numération des germes donna, dans 10 échantillons, de 0 à 10 germes par centimètre cube; dans 5, de 10 à 100; dans 3, de 100 à 1000. Parmi ces microbes, on a rencontré de rares échantillons liquéfiants. Enfin, une eau contenait 400.000 germes avec nombreuses bactéries fluorescentes et liquéfiantes. Plusieurs de ces eaux contenaient en outre de nombreuses moisissures.

Les eaux les plus riches en germes n'avaient pas de capsule d'étain recouvrant à l'intérieur le bouchon de liège. Cette absence de capsule paraît avoir une influence particulièrement sensible sur la présence de moisissures. L. Rivet.

PARIS MÉDICAL

H. Dausset et Massina. ***Le traitement des rhumatismes par l'émanation de radium et de thorium*** (*Paris médical*, tome XIX, n° 28, 13 Juillet 1929). — D. et M. ont fait depuis 1 an 2.000 injections sous-cutanées d'émanations de radium et de thorium entraînées par l'oxygène comme traitement du rhumatisme chronique.

Tous les 2 jours, on fait dans le tissu cellulaire sous-cutané avec un oxygénateur une injection d'une quantité d'oxygène allant de 40 à 80 cmc, entraînant des émanations de radium empruntées à des tubes métalliques émanogènes renfermant des sels de radium ou de thorium. D. et M. estiment à 150 millimicrocuries la dose injectée chaque fois de radium. Pour le thorium, les doses variaient de 20 millimicrocuries à la première injection à 100-120 millimicrocuries. La moyenne des injections a été de 20 par malade.

Le traitement a en général été bien supporté, sauf un peu de gêne dans le membre où était pratiquée l'injection.

Les rhumatismes subaigus ont été très améliorés par ce traitement, au point de vue douloureux. De même, les douleurs des goutteux ont été améliorées, l'uricémie aurait diminué et les urates auraient disparu des urines dans un cas.

Dans le rhumatisme blennorragique, on n'observa que des demi-succès.

Les résultats furent médiocres dans le rhumatisme chronique déformant. Robert Clément.

GAZETTE DES HOPITAUX (Paris)

C. Ruppe. ***Dystrophies dentaires. Leur valeur diagnostique*** (*Gazette des Hôpitaux*, tome CII, n° 74, 14 Septembre 1929). — R. donne une étude très complète des dystrophies dentaires, des anomalies dentaires et des lésions acquises qui doivent en être distinguées.

Le diagnostic étiologique et la valeur étiologique respective des dystrophies sont ensuite minutieusement envisagés et la pathogénie est reprise d'après les idées modernes sur les fonctions cellulaires et le métabolisme du calcium.

De cette revue générale, R. tire les conclusions suivantes :

La dystrophie dentaire est sous la dépendance de toutes les maladies qui, agissant localement ou par voie humorale, sont susceptibles de troubler la fixation du calcium par la matière albuminoïde.

Les affections chroniques et tenaces créent des dystrophies totales ; les affections aiguës, des dystrophies partielles; les affections chroniques avec poussées chroniques, des dystrophies partielles et complexes.

Les germes dentaires ne se calcifiant pas à la même époque et les maladies infantiles n'agissant pas toutes indifféremment à la même période, la localisation et l'aspect des dystrophies acquièrent de la sorte une valeur étiologique particulière.

Les érosions des dents de lait sont rares. Elles font penser aux maladies aiguës de la mère et à l'hérédo-syphilis.

Les dystrophies complexes de l'incisive centrale supérieure permanente et de la première grosse molaire, du type hutchinsonien, sont presque pathognomoniques de l'hérédo-syphilis, parce que ces dents calcifient leur germe vers la fin de la vie intra-utérine et au début de la vie, ce qui correspond à la période de grande virulence, compatible avec la vie, de l'hérédo-syphilis.

Les dystrophies des autres dents permanentes indiquent l'âge de souffrance de l'organisme infantile et doivent faire rechercher toutes les étiologies possibles : hérédo-syphilis, rachitisme avec spasmophilie, fièvres éruptives, maladies aiguës de l'enfance. J. Dumont.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

A. Sargnon et Bertein (Lyon). ***La paralysie du facial intrapétreux: étude diagnostique et clinique*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, an X, n° 232, 5 Septembre 1929). — Les auteurs constatent tout d'abord que l'étiologie otitique de la paralysie faciale, considérée comme très fréquente, est maintenant en partie démembrée par les neurologues et les syphiligraphes. Ils rappellent les données anatomiques classiques indispensables et étudient surtout le système sensitif et sympathique de ce nerf.

Classiquement, la P. F. comprend les trois périodes de début, état et terminaison. Mais les auteurs insistent sur les troubles sensitifs périauriculaires, surtout douloureux, très fréquents, passagers, et qui souvent précèdent l'apparition de la paralysie motrice.

La P. F. doit être différenciée de l'asymétrie par hémi-spasme, par arrêt de développement, par paralysie du trijumeau, par hypotonie faciale unilatérale sympathique. Le diagnostic entre la P. F. intrapétreuse et centrale est souvent difficile. Les paralysies d'origine pétreuse sont congénitales, par forceps, agénésie du rocher, avec souvent déformation de l'oreille externe. Les P. F. acquises comprennent : les P. F. nerveuses (l'hystérie, par exemple), les P. F. néoplasiques, les P. F. traumatiques par fractures de la base, par projectile au niveau du rocher, par intervention surtout otitique, rarement au cours de la mastoïdite simple, plus fréquemment par la cure radicale.

Aux lésions inflammatoires reviennent le plus grand nombre des P. F.; elles sont très rares dans l'otite externe, plus fréquentes dans l'otite aiguë ou subaiguë et surtout dans l'otite chronique, le cholestéatome, en particulier, qui agit par compression. Mais, il y a toute une série de causes non otitiques : les intoxications générales parfois, surtout la syphilis, l'encéphalite et le zona génieulé dans sa forme clinique avec P. F. Quant aux P. F. dites *a frigore*, très étudiées ces dernières années, elles comprennent des otites moyennes latentes, des syphilis, des encéphalites et des zonas méconnus; il existe, toutefois, des cas nettement provoqués par le froid.

Le pronostic de la P. F. est très variable suivant la cause ; l'ancienneté de la paralysie et la réaction de dégénérescence sont des facteurs de haute gravité, sans signer d'ailleurs, d'une façon absolue, l'incurabilité de la P. F.

Pour les P. F. récentes, le diagnostic de la cause exacte est d'une importance capitale. *Les paralysies otitiques spontanées sont justiciables du traitement chirurgical large et immédiat.* Pour les formes aiguës, c'est la paracentèse et l'opération mastoïdienne. La cure radicale est nécessaire dans les otites chroniques. Ces interventions donnent habituellement des guérisons rapides. Le traitement médical convient aux formes non otitiques et, dans les cas qui durent, l'électricité constitue un bon traitement d'entretien de la contractilité des muscles.

Dans les P. F. anciennes, la blépharoplastie permet de protéger l'œil ; les crochets orthopédiques diminuent la difformité au niveau de la bouche. Les anastomoses nerveuses peuvent rendre des services. Les opérations de Leriche sur le sympathique cervical permettent l'occlusion palpébrale plus ou moins complète et améliorent très notablement l'esthétique. J. Dumont.

JOURNAL DES SCIENCES MÉDICALES DE LILLE

P. Lohéac (Lille). ***Les lésions osseuses des anévrismes cirsoïdes*** (*Journal des Sciences médicales de Lille*, tome XLVII, n° 21, 26 Mai 1929). — On connaît depuis longtemps l'existence de lésions osseuses dans les anévrismes cirsoïdes, en particulier au niveau du crâne et de la face où ils sont le plus fréquents, mais leur étude est rendue difficile par la rareté des documents opératoires ou nécropsiques. Aucun travail d'ensemble ne leur a été consacré jusqu'ici et les auteurs ne font que les signaler en passant. La radiographie enfin, qui serait susceptible d'aider à leur étude, n'a presque jamais été pratiquée. C'est ce qui fait l'intérêt d'un cas d'anévrisme cirsoïde de l'index dont L. publie l'observation avec radiographie.

Il s'agit d'une fillette de 12 ans qui présentait un anévrisme cirsoïde typique de l'index droit : tumeur irrégulière et bosselée avec dilatation serpentine de troncs vasculaires volumineux et animés de battements. Une tentative d'extirpation de la tumeur fut suivie de sphacèle cutané et on dut pratiquer, quelque temps après, une désarticulation du doigt.

La radiographie montre des lésions intéressantes. Il y a tout d'abord un peu de décalcification étendue à tous les doigts, aux métacarpiens et même aux os du carpe. Les trois phalanges de l'index présentent des lésions beaucoup plus marquées. On constate à leur niveau une ostéoporose irrégulièrement distribuée, sous forme d'une série de petites plages claires, à peu près circulaires, donnant à l'os un aspect perlé. Ces lésions se voient nettement à la première et surtout à la deuxième phalange. Au niveau de la phalangine, on remarque de plus une bande de décalcification homogène, large de 3 mm. environ, à bords régulièrement parallèles, commençant à l'articulation phalango-phalanginienne, à égale distance des deux bords, et se dirigeant obliquement en bas et en dedans, pour aboutir à la partie moyenne du bord interne de la phalangine; cette image correspond, sans aucun doute, à l'empreinte de l'un des vaisseaux dilatés de la tumeur anévrismale. On retrouve, moins nettement, une image analogue, sur la phalangette. On en devine une, également, à la partie supérieure de la première phalange; cette image flexueuse aboutit à une plage claire nettement bordée, qui pourrait être le tronc nourricier de l'os, anormalement dilaté.

En dehors de son cas, L. n'en a trouvé que deux autres où la radiographie ait été pratiquée : un cas d'anévrisme cirsoïde du dos du pied (Loubat et Lataste) où la radiographie montrait l'intégrité du squelette régional, et un cas d'anévrisme cirsoïde du médius (Dartigues) où la radiographie montrait une ostéoporose de tout le squelette métacarpien et phalangien avec constatation de plages plus claires dans l'os décalcifié.

Pour expliquer ces lésions osseuses dans les anévrismes cirsoïdes, il semble qu'on ne puisse guère invoquer que la pression exercée par la tumeur : pression constante des vaisseaux hypertrophiés et dilatés, pression intermittente résultant des batte-


Maladies infectieuses des voies urinaires
URICLARINE
(Comprimés)
Antiseptique entéro-rénal et biliaire
PYÉLITES
COLIBACILLURIE
CYSTITES
GONORRHÉE
URICLARINE
LABORATOIRES Pierre BRISSON et Cie
114, Avenue Michelet - St-OUEN - Seine -


La Vulcase
DERMATOSES-ARTHRITISME
AFFECTIONS du FOIE et de L'INTESTIN
CONSTIPATION
Prendre chaque jour 2 à 4 comprimés de
VULCASE
DÉPURATIF
AU SOUFRE ORGANIQUE ASSIMILABLE
LES COMPRIMÉS DE VULCASE ONT ÉTÉ EXPÉRIMENTÉS DANS LES HÔPITAUX DE PARIS & DE LYON
LABORATOIRES PIERRE BRISSON & Cie
114 Avenue Michelet
St OUEN-PARIS
Comprimés laxatifs-dépuratifs
au Soufre organique assimilable
Dermatoses - Arthritisme
Affections du Foie et de l'Intestin
Constipation

ments exagérés de ces vaisseaux, éléments auxquels il faudrait reconnaître une certaine action atrophiante pouvant aboutir à la destruction osseuse ou à l'ulcération de la peau. Nous en avons pour preuve ce fait que les vaisseaux se creusent des gouttières dans l'os adjacent, ainsi que les auteurs l'ont observé au crâne, ou y laissent une empreinte constatable radiologiquement, comme dans le présent cas. Ceci est nettement en faveur d'une action directe du vaisseau sur l'os voisin. Le développement de la circulation capillaire à l'intérieur de l'os, surtout à la main, cause l'ostéoporose irrégulière radiologiquement constatée, en ne laissant persister entre ces vaisseaux que de minces cloisons de tissu osseux imperméable aux rayons X; les plages claires, visibles sur la radiographie, correspondraient aux logettes, contenant ces vaisseaux dilatés, après disparition de l'os.

Ces lésions n'ont pas seulement un intérêt théorique; elles doivent entraîner une sanction thérapeutique. Dans les cas d'anévrisme cirsoïde du doigt ou de la main, l'existence d'ostéoporose marquée des phalanges ou des métacarpiens peut faire préférer l'amputation ou la désarticulation à la simple extirpation de la tumeur, qui risque d'être insuffisante. A la tête, la constatation de gouttières creusées dans le frontal ou le pariétal commande l'extirpation immédiate de la tumeur, afin d'éviter, si possible, la destruction osseuse, et les perforations de la voûte cranienne; car, lorsque celles-ci sont constituées, la rupture d'une artère de la tumeur peut entraîner, comme dans un cas de Clémot, une hémorragie intra-cranienne mortelle. D'autre part, Broeckaert a vu s'établir, chez son malade, à travers les déhiscences du frontal, une communication entre les vaisseaux de la tumeur et le sinus longitudinal supérieur.

J. Dumont.

LA BOURGOGNE MÉDICALE

Régnier (de Dijon). *Le pronostic de la respiration de Cheyne-Stokes dans les cardiopathies* (*La Bourgogne médicale*, tome XXXIII, n° 4, Avril 1929). — Le rythme respiratoire de Cheyne-Stokes n'aurait pas toujours la valeur pronostique de mort à brève échéance, dans les cardiopathies à la période de décompensation, que lui attribuent les classiques.

R. rapporte 8 observations de cardiopathies ayant présenté le rythme de Cheyne-Stokes; 4 de ces sujets ont survécu 2 ans, 2 vivent encore, l'un depuis 4 ans. Il conclut de ces faits qu'il faut se garder de condamner un cardiorénal sur la seule constatation d'un rythme de Cheyne-Stokes. On ne peut pas davantage tirer un renseignement pronostique de la forme du tracé respiratoire ou de la longueur des périodes d'apnée.

Le Cheyne-Stokes serait d'origine autotoxique et provoqué par défaut d'oxygène chez les cardiaques décompensés. R. a observé un cas de Cheyne-Stokes au cours du mal des montagnes.

Robert Clément.

MEDIZINISCHE KLINIK
(*Berlin*)

H. Ehrenwald. *La pathogénie des malaises consécutifs à la ponction lombaire* (*Medizinische Klinik*, tome XXV, n° 29, 19 Juillet 1929). — A côté de l'irritation méningée déterminée par le déséquilibre de pression qu'entraînent, dans les espaces sous-arachnoïdiens, la sensation et parfois la fuite du liquide céphalo-rachidien, puis son hypersécrétion consécutive, E. est d'avis qu'un autre ordre de phénomènes intervient dans les accidents de la ponction lombaire: l'irritation vestibulaire, d'ordre réflexe, qui affecte la sécrétion, la circulation et la pression du liquide labyrinthique, et qui exerce, sur le système nerveux végétatif, le même retentissement que le mal de mer. C'est cette irritation vestibulaire qui serait responsable des nausées, des vomissements et des vertiges qui accompagnent si souvent, en pareil cas, la céphalée. Calmés par la position horizontale, atténués chez les nourrissons et chez les jeunes enfants, ces accidents présentent des caractères très analogues après la ponction lombaire ou dans le mal de mer.

La preuve de cette irritation vestibulaire est fournie par l'épreuve calorique: l'irrigation uni- ou bi-latérale, avec 5 à 10 cmc d'eau à 15°, chez le patient assis, montre presque toujours, chez les malades qui présentent des nausées, des vomissements ou des vertiges à la suite de la ponction, une augmentation du nystagmus calorique, avec diminution du temps de latence et prolongation de la durée par comparaison avec ce qui existait avant la ponction Chez les patients qui ne présentaient pas d'accidents à la suite de la ponction, cette hyperexcitabilité labyrinthique était exceptionnelle. L'épreuve du froid n'était pas modifiée.

En même temps que l'augmentation du nystagmus, l'irrigation chaude détermine une exagération des nausées, des vomissements, des vertiges.

Le même fait ne se retrouve pas chez les malades atteints d'hypertension cranienne.

E. explique ces phénomènes, qu'il a constatés dans une cinquantaine de cas, par les connexions nerveuses réflexes qui s'établissent entre la sécrétion ou l'excrétion du liquide céphalo-rachidien et celles de l'endolymphe labyrinthique, et d'autre part, par les relations d'interdépendance qui existent entre le noyau triangulaire vestibulaire et les centres végétatifs.

Cette notion comporte une conséquence thérapeutique: le traitement curatif et prophylactique des accidents de la ponction lombaire doit comporter, outre les analgésiques habituels, destinés à combattre la céphalalgie et la rachialgie d'origine méningée, une médication analogue à celle du mal de mer. E. préconise une spécialité de Starkenstein, constituée par une association de camphorate d'hyoscia mine et de camphorate d'atropine. L'effet de chaque dose est souvent transitoire, et ne se maintient pas plus d'une heure ou deux; il apporte néanmoins un soulagement appréciable. Ce produit peut également être recommandé, à titre prophylactique, surtout chez les sujets non syphilitiques, qui sont exposés davantage à présenter des accidents après leur ponction.

J. Mouzon.

L. Hess et J. Faltitschek. *La constipation dans la sclérose en plaques et dans le tabes dorsalis* (*Medizinische Klinik*, t. XXV, n° 31, 2 Août 1929). — H. et F. ont montré que la sclérose en plaques possédait des signes gastro-intestinaux: hyperpéristaltisme et hypersécrétion gastriques, d'une part, constipation de type colique droit, d'autre part. A 9 observations, qu'ils ont déjà publiées pour illustrer cette description, ils en ajoutent deux autres, qui leur permettent de préciser la nature et l'origine de la constipation dans cette affection: il s'agit, comme en témoigne la radioscopie, d'une stase de la partie proximale du côlon, avec distension du côlon ascendant et de la partie droite du transverse, qui ne présentent presque pas de segmentation; les parties distales du côlon, au contraire, sont creusées d'incisures multiples qui témoignent d'un état hypertonique et spasmodique de l'intestin.

Il en est tout autrement chez les tabétiques Les 7 observations de tabétiques, accompagnées de schémas radioscopiques, que rapportent H. et F., montrent que la constipation, dans cette affection, est terminale. C'est dans le côlon descendant qu'on retrouve, à l'écran radioscopique, le retard de transit, ainsi que dans l'anse sigmoïde et même dans l'ampoule rectale, où la présence de matières est un fait anormal. L'étude de la défécation chez ces malades montre que l'évacuation est incomplète, et n'intéresse que l'ampoule rectale, sans vider le sigmoïde ni le descendant comme elle le fait à l'état normal. Il semble que le réflexe normal de la défécation soit aboli chez ces tabétiques; on conçoit d'ailleurs que cette maladie, affectant le plus souvent d'une façon grave la moelle sacrée, puisse y atteindre le centre de ce réflexe.

J. Mouzon.

E. Steinach. *Une substance stimulante des centres nerveux, et la fonction centrale* (*Medizinische Klinik*, tome XXV, n° 33, 16 Août 1929). — En 1910, S., étudiant l'action des extraits testiculaires sur l'organisme d'animaux castrés, avait réussi à déterminer, par injection intrarachidienne, une exagération des réflexes. Cette dernière se produisait également après injection de substance nerveuse centrale (cerveau ou moelle) par la même voie. S. avait d'abord pensé que ces organes, chez des mâles en rut, étaient imprégnés de suc testiculaire. Mais aucun autre extrait d'organes ne provoquait de phénomènes analogues. S. se demanda alors si les centres nerveux ne possédaient pas, à cet égard, une action humorale spécifique. Cette hypothèse s'est trouvée vérifiée par une série d'expériences faites sur la grenouille, et que S. décrit minutieusement.

Des grenouilles recevaient, dans l'espace sous-arachnoïdien, des doses quotidiennes de substance cérébrale: soit 0 cmc 4 de suc extrait à la presse, chaque jour, pendant 4 jours de suite, soit 0 gr. 1 à 0 gr. 2 d'extrait sec chaque jour pendant 6 à 8 jours. Des témoins de même origine, et soumis au même régime, étaient laissés sans injection, ou ne recevaient que de l'eau salée physiologique. Les animaux étaient ensuite décapités, puis soumis à une irritation chimique des pattes par des solutions de concentration croissante d'acide acétique, jusqu'à 0,01 pour 100, de manière à déterminer le seuil du réflexe d'essuyage.

Les expériences, conduites avec de grandes précautions de technique, et répétées sur 800 grenouilles réparties en 50 séries, montrent que, dans la moyenne, le seuil d'excitabilité du réflexe se trouve augmenté de 400 à 600 pour 100 chez les animaux qui ont reçu les injections d'extrait cérébral. Le réflexe garde des caractères normaux, et n'afferte pas le type convulsif, irrégulier, des réflexes pathologiques déterminés, par exemple, par l'intoxication strychnique. Mais son exagération se traduit par l'abaissement du seuil d'excitabilité, par le raccourcissement du temps de latence, par la brusquerie et l'amplitude du mouvement. L'effet était d'autant plus net que l'extrait employé était mieux purifié.

Les extraits de muscle, de foie, injectés dans les mêmes conditions, ne déterminaient aucun effet; il en était de même des hormones thyroïdiennes ou ovariennes, de la lécithine extraite de la substance cérébrale. L'extrait actif était hydrosoluble et thermolabile; son efficacité était la même quel que fût l'animal dont il était extrait: grenouille, rat, chien, bœuf, ou même homme.

L'extrait actif paraît se trouver surtout dans la substance grise; mais la substance blanche en est également imprégnée, et on en trouve dans l'hypophyse: cependant l'expérimentation sur l'animal montre qu'il n'a rien de commun, par ses propriétés, avec les extraits hypophysaires. S. suppose qu'il s'agit d'une sécrétion interne des cellules gliales.

Il n'est pas nécessaire de souligner l'importance physiologique de ces faits, qui suggèrent des aperçus nouveaux sur la régulation humorale des fonctions nerveuses et psychiques et sur le mécanisme des connexions qui lient l'activité endocrinienne aux fonctions des centres nerveux.

Les conséquences pathologiques et thérapeutiques que l'on peut entrevoir ne sont pas moins intéressantes. A la clinique de Bier, A. Gluke aurait, d'ailleurs, déjà obtenu des résultats intéressants, en utilisant un mélange d'extrait cérébral et de strychnine chez des tabétiques et chez des paralytiques généraux.

J. Mouzon.

F. Riesenfeld-Hirschfeld. *Les spasmes coliques, signe cardinal de l'intoxication saturnine* (*Medizinische Klinik*, tome XXV, n° 33, 16 Août 1929). — Pour R.-H., l'élément essentiel de la colique de plomb est un spasme du côlon: la douleur provoquée par la pression du cadre colique, le durcissement de l'intestin contracté, facile à percevoir à la palpation, témoignent de la réalité de ce spasme. Il n'y a cependant pas de phénomène inflammatoire, pas de colite: l'absence de fièvre, de réaction leucocytaire, les examens radioscopique et rectoscopique, les quelques autopsies qui ont été faites, le démontrent avec évidence.

Or, le spasme colique s'observe avec une fréquence

remarquable, même chez les saturnins qui n'ont pas ou qui n'ont jamais eu de coliques de plomb. Sur 890 malades examinés, qui ne présentaient pas de signe d'intoxication saturnine, le spasme colique ne s'observait que chez 53, soit 5,9 pour 100. Mais, si on retenait seulement les ouvriers qui n'avaient jamais été exposés à l'intoxication, le chiffre s'abaissait à 14, soit 1,5 pour 100. Au contraire, sur 331 cas d'intoxication saturnine, le spasme colique se retrouvait 254 fois, soit un pourcentage de 77 p. 100.

Dans les cas les plus sérieux, le spasme s'étend à tout le cadre colique ; dans les plus légers, il n'atteint que le transverse et le descendant, ou même le descendant seul, ou les angles coliques isolés. La constipation est habituelle, mais elle n'est pas toujours en proportion du spasme. L'examen radioscopique montre une segmentation et une étroitesse anormales du côlon.

Le spasme colique serait, dans ces conditions, le test le plus fidèle du saturnisme : dans la statistique de R.-H., son pourcentage de 77 pour 100 s'oppose à celui des autres signes objectifs : « teint saturnin » (69 pour 100), hématies à granulations basophiles (62 pour 100), liséré saturnin (59 pour 100), faiblesse des extenseurs (19 pour 100). De plus, ce serait le test le plus persistant, et il permet de contrôler la légitimité des troubles subjectifs qu'accuse un saturnin, même après la disparition de tous les autres.

R.-H. convient, néanmoins, que le spasme colique s'observe également chez les anciens dysentériques. Pour qu'on ait le droit d'en tenir compte comme d'un stigmate certain de saturnisme, il faut que le sujet ne soit pas un ancien dysenterique et il faut qu'il y ait au moins un autre indice de saturnisme.

J. Mouzon.

S. Horwitz. ***Diabète et affections de la vésicule biliaire*** (*Medizinische Klinik*, tome XXV, n° 33, 16 Août 1929). — Les avis sont très disparates au sujet de la fréquence de l'association du diabète et des affections de la vésicule biliaire. Tandis que beaucoup d'auteurs, avec Naunyn, nient toute relation entre ces deux affections, d'autres admettent que leur coïncidence est assez fréquente, soit que l'irritation des voies biliaires puisse déterminer une glycosurie réflexe (Gans), soit que la glycosurie résulte d'une insuffisance hépatique atténuée (H. Strausz, H. Sachs), soit qu'on doive l'attribuer à la propagation des lésions d'origine lithiasique, des voies biliaires, du pancréas (Joslin, Katsch et Wiechmann, Kehr, Umber, Lœb). Récemment. Katsch avançait même que, dans sa statistique personnelle, 38 p. 100 des diabétiques présentaient des signes d'une affection de la vésicule biliaire.

En présence de ces divergences, H. a repris la question.

Sur 132 malades de la vésicule biliaire, H. examina, 52 fois, les fonctions pancréatiques (cathétérisme duodénal, recherche de la lipase atoxyl-résistante dans le sérum, de la diastase pancréatique dans le sérum et dans l'urine). Des signes d'insuffisance pancréatique se manifestèrent dans 10 de ces cas seulement, soit dans une proportion de 17,8 p. 100. Dans une de ces observations, l'autopsie montra une nécrose pancréatique. Sur ces 10 malades, 2 seulement présentaient une légère glycosurie : la proportion est donc de 1,5 pour 100 seulement.

Inversement, sur 495 observations de diabétiques, H. rechercha la proportion des cas dans lesquels les commémoratifs, l'examen objectif ou la vérification anatomique permettaient d'affirmer, ou même seulement de soupçonner, l'existence d'une affection des voies biliaires ou du pancréas. Ces cas étaient au nombre de 73, soit une proportion de 14,8 p. 100.

Parmi ces 495 diabétiques, 222 furent soumis aux épreuves d'exploration des fonctions pancréatiques. Le résultat fut positif 34 fois, soit une proportion de 15,3 pour 100.

Si l'on se souvient que la fréquence des calculs biliaires, dans la statistique globale des autopsies, est de 10 pour 100, on peut se rendre compte que la coïncidence du diabète et des lésions de la vésicule biliaire ou du pancréas n'est pas d'une fréquence significative. S'il existe une relation entre ces deux états pathologiques, ce n'est pas un lien de causalité, mais un lien de parenté, le diabète et la lithiase biliaire relevant d'un trouble commun du métabolisme général, qui se traduit, dans l'un et l'autre cas, par un même stigmate : l'hypercholestérinémie.

J. Mouzon.

W. K. Fränkel. ***Traitement de l'incontinence d'urine chez la femme par l'électrocoagulation intravésicale*** (*Medizinische Klinik*, tome XXV, n° 33, 16 Août 1929). — On sait la fréquence des petites incontinences d'urine chez la femme, et, en particulier, chez la multipare.

Le procédé recommandé par F. ne dispense pas de soumettre ces malades à un examen urologique et neurologique approfondi, mais il donne des résultats satisfaisants même dans certains cas de tabes incipiens.

On remplit la vessie avec 200 cmc de solution faible de rivanol. Puis on découvre, d'un côté, la partie du sphincter vésical voisine de l'orifice interne de l'urètre. On place, de ce côté, quelques points d'électro-coagulation, suivant une ligne parallèle à l'axe du corps, à 5 ou 10 mm. l'un de l'autre. Puis on renouvelle le même traitement de l'autre côté. L'intervention peut se faire rapidement, sans anesthésie, sans grande douleur. La patiente n'a pas besoin d'entrer dans une maison de santé, et il n'y a pas de traitement post-opératoire.

Au bout de deux à quatre semaines, on peut se rendre compte du résultat, et s'il n'apparaît pas satisfaisant, on renouvelle l'intervention. La rétraction cicatricielle et les conditions mécaniques différentes dans lesquelles agit le sphincter expliquent les améliorations obtenues.

Il est parfois utile de compléter ces améliorations par des exercices de gymnastique vésicale : après injection de 200 cmc dans la vessie, la malade s'applique à uriner en plusieurs temps, en interrompant la miction au commandement ; ou bien elle s'exerce à retenir le contenu vésical pendant des mouvements de course ou de saut, qui l'exposent à l'incontinence.

Picard a obtenu, par un procédé analogue, des résultats également satisfaisants.

Les points d'électrocoagulation ne doivent pas être placés trop près de l'orifice interne sous peine d'aggraver l'incontinence au lieu de la combattre.

J. Mouzon.

A. Buschke et A. Joseph. ***La spécificité des réactions cutanées allergiques, et leurs modifications sous l'influence de l'iode*** (*Medizinische Klinik*, tome XXV, n° 34, 23 Août 1929). — B. et J. passent en revue les multiples variétés de cuti-réactions dont l'essai a été fait en clinique. Chemin faisant, ils signalent quelques-unes des expériences personnelles qu'ils ont faites sur ce sujet et qui les invitent à n'envisager qu'avec beaucoup de réserves la valeur spécifique de ces réactions. C'est ainsi que 6 de leurs malades atteints de chancre mou réagissaient fortement à la cuti-réaction avec un antigène de lymphogranulome inguinal préparé par Fey. La réaction à la luétine, qui est encore utilisée par l'école de Vienne, a donné, très souvent, entre les mains de B. et J., chez des sujets sains, des cuti-réactions positives, que leur intensité ne différenciait nullement de celles des syphilitiques. Les cuti-réactions trichophytiques, auxquelles Jadassohn attache une valeur considérable pour le diagnostic, sont, elles aussi, souvent positives chez des sujets sains ; il en est de même pour les levures (3 réactions positives sur 10 sujets à peau saine), pour les blastomycoses, pour les vaccins gonococciques.

On s'explique la fréquence de ces réactions non spécifiques lorsque l'on songe à la multiplicité des facteurs qui interviennent pour modifier le type de la réaction : d'une part, irrigation, innervation, état trophique de la région cutanée, saison, sexe ; d'autre part, complexité chimique des extraits microbiens utilisés.

L'influence des facteurs non spécifiques est bien mise en valeur par l'action de l'iode. L'application locale de solution de Lugol, l'administration intraveineuse ou perorale d'iodure accentuent la réaction de Pirquet, comme l'avait déjà signalé Borberg. B. et J. ont constaté que le même fait se produit pour la luétine, pour la trichophytine, pour les antigènes mycosiques ou gonococciques.

La conclusion de B. et J. est que les cuti-réactions n'ont jamais une valeur absolue pour le diagnostic clinique, mais qu'elles doivent être interprétées, après avoir été confrontées avec les données cliniques. Leur étude ne sera vraiment scientifique que le jour où il aura été possible de dissocier, dans les antigènes employés, les éléments chimiques actifs. Ces derniers auraient vraisemblablement comme supports des substances hydrocarbonées.

J. Mouzon.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA

(Stockholm)

E. B. Salén et T. Nyrén. ***Est-il possible actuellement de distinguer avec certitude certaines formes de glycosurie du diabète authentique? I. Conception de la glycosurie ou diabète rénal; II. Que doit-on penser du « diabète réfractaire à l'insuline », du « groupe intermédiaire réfractaire à l'insuline avec glycosurie paradoxale », du « diabète neuro-rénal? »*** (*Acta Medica Scandinavica*, tome LXX, n° 4, 30 Mars 1929). — Dans la première partie de ce gros mémoire, S. et N. cherchent à préciser ce qu'est la glycosurie rénale et bénigne et à la séparer nettement du diabète vrai, question toujours très débattue et de grosse importance théorique et pratique. La diversité des termes employés pour désigner les formes de glycosurie décrites en dehors du diabète vrai : diabète rénal, glycosurie ortho ou normo-glycémique, glycosurie ou diabète innocent ou bénin, diabète ou glycosurie réfractaire à l'insuline, diabète neuro-rénal, indique bien la confusion régnante.

D'après S. et N., deux conditions essentielles sont nécessaires et suffisantes pour distinguer la glycosurie rénale du diabète vrai :

1° L'abaissement du seuil rénal pour le glycose, qui doit être au-dessous de 0,14 pour 100, et dont la détermination doit être faite avec des précautions spéciales lorsque l'abaissement est peu marqué ;

2° La durée normale de la réaction hyperglycémique consécutive à l'ingestion de glycose déterminée selon la méthode de Hagedorn, durée qui ne doit pas excéder 2 heures et a une signification que ne possède pas la hauteur atteinte, qui est assez variable selon les sujets, mais ne dépasse pas en général 0,20 pour 100. Elle s'oppose à la réaction des diabétiques avec sa courbe présentant un plateau élevé persistant et un retard du retour de la glycémie au niveau initial. S. et N. insistent sur la nécessité de pratiquer cette épreuve sur des sujets soumis les jours précédents à un régime normalement riche en hydrates de carbone et de faire des déterminations répétées toutes les 20 minutes au moins de la glycémie pendant l'épreuve. Ils rejettent l'épreuve de la double ingestion de glycose de Tragzott qui, d'après leurs recherches, n'a pas de valeur pour le diagnostic différentiel.

Certains auteurs ont décrit des « cas de transition » entre le diabète sucré et le diabète rénal qui ne se différencient de ce dernier que par une hauteur exagérée (0,20 à 0,28 pour 100) de la réaction d'hyperglycémie provoquée, liée, semble-t-il, à une disposition spéciale du système sympathique. D'après S. et N., ces cas doivent rentrer dans la glycosurie rénale, l'ascension de la courbe de la glycémie n'étant pas un des caractères propres au diabète authentique. Seule la durée de l'hyperglycémie importe ; or elle est normale dans ces cas dits de transition.

Les deux caractères précédents permettent à eux seuls d'assurer le diagnostic de glycosurie rénale, diagnostic qui implique un pronostic d'une bénignité absolue et contre-indique tout traitement antidiabétique.

Actuellement rien ne plaide en faveur d'une relation quelconque entre le diabète vrai et la glycosurie rénale, ni du point de vue pathogénique ni de tout autre point de vue. On pourrait au contraire définir

la glycosurie rénale un état dans lequel sont intacts tous les facteurs qui règlent le métabolisme proprement dit des hydrates de carbone dans l'organisme, l'excrétion de sucre étant liée à l'abaissement du seuil rénal.

Les appellations de diabète innocent, de glycosurie innocente ou bénigne, etc., avec l'acception qu'on leur a donnée ordinairement jusqu'ici, pour désigner une certaine forme non diabétique de glycosurie, sont irrationnelles et propres à entretenir des conceptions erronées. Aussi doivent-elles être rayées de la terminologie.

Dans la deuxième partie est discutée la question de savoir si l'insuline peut être utilisée comme base de diagnostic différentiel pour distinguer des glycosuries pancréatogènes (insulaires) et non pancréatogènes. Umber et Rosenberg ont prétendu en effet que toute glycosurie pancréatogène disparaît rapidement et complètement sous l'influence de l'insuline et qu'un comportement inverse est une preuve de l'origine non pancréatique. A la lumière de leurs observations, S. et N. montrent d'abord qu'on n'est pas en droit d'appeler un cas réfractaire à l'insuline, c'est-à-dire non accessible à l'insuline de la façon normale, du fait que sa glycosurie ne se laisse pas maîtriser par cette substance. Un tel comportement ne prouve absolument pas non plus qu'il existe un trouble du métabolisme du sucre et la classification d'Umber en glycosuries pancréatogènes influençables par l'insuline et glycosuries non pancréatogènes réfractaires à l'insuline est tout à fait insoutenable, de même que sa tentative établie sur cette base pour relier pathogéniquement la glycosurie rénale à toute une série de glycosuries accompagnées d'hyperglycémie et constituer ainsi un groupe de glycosuries « innocentes » réfractaires à l'insuline.

En effet, les observations de S. et N. établissent qu'il faut en réalité distinguer entre glycosurie insulino-résistante et glycémie vraiment réfractaire à l'insuline. La glycosurie rénale, cyclique ou non, peut n'être pas notablement influencée par l'insuline comme Woodyatt, Matthes, etc., l'avaient déjà vu, ni par la synthaline, mais cela ne veut pas dire que la glycémie ne l'est pas, et l'on peut même observer le syndrome hypoglycémique chez ces sujets. Quant à l'ascension physiologique de la glycémie consécutive à l'ingestion de glycose, elle n'est pas supprimée chez eux par l'insuline, mais elle ne l'est pas non plus chez les individus à métabolisme normal. Cette circonstance pourrait aussi expliquer l'existence des glycosuries hyperglycémiques résistantes à l'insuline (glycosuries résiduelles). Il faut admettre que l'action de l'insuline sur la glycosurie se montre différente selon que le sujet appartient à la catégorie présentant une réaction glycémique alimentaire forte ou une réaction faible. Dans certaines de ces glycosuries hyperglycémiques, l'excrétion de sucre serait supprimée complètement par une dose convenable d'insuline dans le second cas tandis que dans le premier, il persisterait une glycosurie résiduelle, et cela malgré l'élévation de la dose d'insuline.

En définitive, la glycosurie rénale au sens large du mot résulte de ce que du sucre est excrété avec une concentration du sucre sanguin moindre que normalement; elle se montre accessible à l'action de l'insuline ; rien n'indique qu'il existe un trouble réel du métabolisme du sucre, diabétique ou autre, ni qu'il y ait une exagération de la glycopoïèse. Ces particularités différencient cet état de toutes les formes de glycosurie hyperglycémique.

P.-L. Marie.

THANAMEDROVE MEDICINA

(*Tiflis*).

G. Muchadse. *La transplantation des uretères dans l'intestin; ses résultats; ses complications et les moyens de les éviter* (*Thanamedrove Medicina*, Mars 1929, n° 3). — La transplantation des uretères dans l'intestin est une opération plus courante en Russie et en Géorgie que dans les pays de l'Europe occidentale, car elle y est indiquée non seulement pour les cas de malformations congénitales (exstrophie vésicale, épispadias grave), mais aussi en raison de la fréquence des fistules vésico-vaginales résultant des conditions déplorables dans lesquelles se font les accouchements dans ces pays, tout au moins chez les femmes de la campagne privées le plus souvent de toute assistance médicale.

M., de 1911 à 1928, a opéré 15 malades: 4 par le procédé de Maydl pour exstrophie vésicale et 11 par le procédé de Tichow pour fistule vésico-vaginale non justiciables d'une opération plastique. La mortalité opératoire a été de 40 pour 100 (6 morts sur 15 cas, dont 1 sur 4 opérations de Maydl et 5 sur 11 opérations de Tichow). Les causes de la mort furent : péritonite 2 cas, pneumonie et pleurésie purulente 2 cas, complications cardiaques 1 cas, complications urinaires (cystite gangreneuse et néphrite suppurée) 1 cas. Comme autres complications post-opératoires non mortelles, il convient de relever : de la recto-colite aiguë, une exacerbation d'une pyélite préexistante.

Les malades guéries opératoirement ont été suivies de 2 ans 1/2 à 4 ans 1/2 : toutes gardent parfaitement leurs urines et ont pu reprendre leur place sociale et leurs occupations, débarrassées définitivement de leur infirmité.

Pour prévenir la complication de pyélite et de pyélonéphrite, M. préconise la vaccination et l'emploi d'un bactériophage (*bacterium coli communis*) ainsi qu'un régime lacté utilisant le « Mazoni », produit géorgien, de façon à amener la diminution et l'affaiblissement de la flore bactérienne.

J. Dumont.

THE LANCET

(*Londres*)

W. Pickering. *L'hémophilie; son traitement par la méthode de Whipple* (*The Lancet*, n° 5520, tome CCXVI, 15 Juin 1929). — Le rôle du foie dans la coagulation du sang est connu depuis longtemps : c'est en particulier dans le foie que naissent le fibrinogène et la prothrombine. L'auteur a eu l'idée d'étudier l'action du foie cru administré par voie buccale dans l'hémophilie; les résultats ont été du plus haut intérêt.

Les observations portent seulement sur 3 cas d'hémophilie vraie. La plus grande difficulté a été d'obtenir l'ingestion régulière du foie par des enfants : finalement les meilleurs résultats ont été obtenus en faisant un extrait de foie mélangé à du jus de citron et d'orange, un morceau de sucre et un peu de porto. Il est arrrivé ainsi à faire absorber 200 gr. de foie régulièrement tous les jours.

Dans les 3 cas, l'action a été la même : réduction en 8 à 30 jours du temps de coagulation de 60 à 6 ou 10 minutes; disparition des hémarthroses; diminution de la tendance aux hémorragies, qui s'arrêtent spontanément.

Ces résultats ont été maintenus tant que le régime a été suivi. Le temps de coagulation est remonté à 60 dès cessation du traitement.

P. en outre a vérifié l'action coagulante de la thrombine (protagulin). Cette action s'est montrée fort intense lorsque le temps de coagulation était au-dessous de 25' : ce médicament est donc très efficace comme hémostatique local chez des hémophiles en cours de traitement.

R. Rivoire.

Clayton-Lane. *Le mécanisme de la périodicité de la filariose* (*The Lancet*, n° 5521, tome CCXVI, 22 Juin 1929). — Aucune explication satisfaisante n'a jamais été donnée du fait que les embryons de certaines espèces de filaires sont présents constamment dans le sang cutané de l'homme alors que ceux d'autres espèces ne peuvent y être mis en évidence que dans le jour, ou dans la nuit pour d'autres.

2 hypothèses sont possibles : il y a dans la circulation une population filariée fixe, dont les éléments se réfugient pendant la journée dans quelque endroit ignoré du corps, et regagnent la nuit les capillaires cutanés; ou bien, il y a évolution cyclique des filaires, analogue à celle que l'on voit dans le paludisme, comportant au moins 1 fois par jour reproduction intense des filaires, avec en corrélation la mort des filaires-mères.

Les faits connus semblent bien en faveur de la seconde hypothèse, qui peut seule rendre compte de la persistance indéfinie de l'infection. D'autre part, on n'a jamais pu mettre en évidence la retraite diurne des filaires. Enfin, il n'a jamais été observé de différences morphologiques dans les filaires d'un même individu, permettant de distinguer les filaires vieilles des filaires jeunes.

Mais la question reste encore très obscure et nécessite de nouvelles recherches.

R. Rivoire.

Perkoff. *L'hypertrophie généralisée et primitive des gencives : avec une observation* (*The Lancet*, n° 5521, tome CCXVI, 22 Juin 1929). — Il s'agit d'une affection congénitale assez rare, décrite en 1859 par Salter. C'est essentiellement une hypertrophie considérable des gencives, noyant la plupart des dents, débordant entre les lèvres, donnant l'aspect de « gueule d'hippopotame ». Parfois isolée, elle s'accompagne souvent de troubles mentaux (arriération, épilepsie, etc.) ; très souvent aussi, il se surajoute des troubles du système pileux, particulièrement de l'hyperpilosité. P. cite l'observation d'un homme de 20 ans, chez lequel l'hypertrophie gingivale, considérable, s'accompagne de l'absence presque totale de dents visibles. L'examen radiographique montre cependant que toutes les dents existent, mais sont noyées dans le tissu gingival hyperplasié; par contre, il y a absence totale des dents de lait.

Le cas décrit ne s'accompagne pas de troubles mentaux, mais il existe une hyperpilosité très marquée.

Une intervention pratiquée a donné de bons résultats, mais, assez rapidement, il y a tendance à récidiver.

P. suggère que la cause de cette affection doit être recherchée dans un trouble du fonctionnement de l'hypophyse; il existe d'ailleurs un cas dans lequel la maladie s'accompagnait d'élargissement de la selle turcique.

R. Rivoire.

EDINBURGH MEDICAL JOURNAL

David M. Greig. *Le crâne dans l'anémie ostéosclérotique* (*Edinburgh medical Journal*, n. s., tome XXXVI, n° 8, Août 1929). — L'association d'ostéosclérose et d'anémie constitue une affection assez rarement observée, et mal définie dans ses caractères et ses limites.

La caractéristique la plus évidente est l'ombre dense opaque des os des sujets atteints de cette maladie sur les radiographies. La cavité médullaire amincie a parfois complètement disparu, oblitérée par l'épaississement centripète de la couche corticale de l'os. On peut se demander si l'affection primitive siège au niveau de la moelle osseuse, la sclérose osseuse n'étant que secondaire, comme dans d'autres affections des organes hématopoïétiques, ou si l'anémie est au contraire secondaire à la sclérose et à l'hypertrophie centripète de l'os qui oblitère le canal médullaire.

Il existe une forme congénitale, familiale et héréditaire (des cas ont été observés chez des enfants morts 24 à 30 heures après la naissance), mais on peut observer une forme acquise apparaissant plus tard dans la vie.

Dans cet article, G. étudie surtout l'aspect du crâne et des os plats. Il y a une augmentation considérable d'épaisseur des parois atteignant dans les cas de Grey 17 à 18 mm., des bosselures extérieures et internes, l'os est dense et épais, éburné.

Les fractures sont fréquentes mais peuvent manquer. L'affection est difficile à classer. Il n'y a pas d'étiologie apparente : peut-être faut-il incriminer une combinaison de causes.

Robert Clément.


PANSEMENT GASTRIQUE
GÉLOGASTRINE
GÉLOSE
GÉLATINE
KAOLIN PURIFIÉ
ULCÈRES
BRULURES
HYPERCHLORHYDRIE
Lab. LICARDY


Traitement de
l'OBÉSITÉ
considérée comme Maladie
par carence diastasique
par les dragées
de
COLLOÏDINE LALEUF
LITTÉRATURE _ ÉCHANTILLONS
LABORATOIRES LALEUF
20 Rue du Laos — Paris

Péritonite à pneumocoques

Relativement commune dans la seconde enfance, surtout chez les filles, la péritonite pneumococcique est aujourd'hui bien individualisée. Cependant elle est encore confondue trop souvent avec la péritonite appendiculaire quand elle évolue dans le mode aigu, et avec la péritonite tuberculeuse quand elle suit une marche chronique. Avant la découverte du diplocoque encapsulé de Talamon-Frankel (1883), il ne pouvait être question de péritonite à pneumocoques, mais c'est un diagnostic qu'on peut faire rétrospectivement à la lecture des observations anciennes (Gauderon, *Thèse de Paris*, 1876); plusieurs répondent, trait pour trait, aux cas authentifiés actuellement par la bactériologie. Ce qui accroît les difficultés du problème clinique, c'est que la péritonite pneumococcique peut être primitive et indépendante de la pneumonie tout en suivant ou précédant celle-ci dans beaucoup de cas : A. Netter (1887-1890), M. Boulay (*Thèse de Paris*, 1891), A. Lecoq (*Tèhse de Paris*, 1893).

Le début est généralement brusque : vomissement, douleur de ventre, fièvre, diarrhée plus souvent que constipation. Puis le ventre se ballonne, les signes d'épanchement s'affirment (matité, fluctuation, circulation collatérale). Au bout de quelques jours ou de quelques semaines, l'ombilic rougit, se soulève, se perfore, laissant couler du pus dans lequel on décèle la présence des pneumocoques. Chez une fille de 11 ans, soignée pour *fièvre typhoïde* dans le service de J. Grancher, le diagnostic ne fut rectifié qu'après l'écoulement de pus par l'ombilic, par la vessie, par le vagin. Chez un garçon de 7 ans 1/2, opéré par Kirmisson, on croyait à une *péritonite tuberculeuse* ; l'examen du pus fit découvrir le pneumocoque. Chez une fillette de 2 ans 1/2, soignée dans mon service de l'hôpital Trousseau pour une broncho-pneumonie (1894-1895), suivie de fièvre hectique et d'amaigrissement, nous pensions à la tuberculose quand un flot de pus sortit par l'ombilic ; mon interne Pochon identifia le pneumocoque. Cette péritonite pneumococcique insidieuse, latente, méconnue, se termina par la guérison spontanée, Ad. Jalaguier ayant très sagement refusé d'intervenir, après écoulement de pus par le vagin, otite à pneumocoques, etc. S'il y a des péritonites pneumococciques latentes, il y en a aussi d'abortives, n'allant pas jusqu'à la suppuration (G. Mouriquand, M. Bernheim, A. Rendu. *Archives de Médecine des enfants*, 1926).

La péritonite à pneumocoques, surtout fréquente entre 4 et 10 ans, se voit à toutes les périodes de l'enfance, même chez les nouveau-nés et nourrissons : A. Netter (3 jours), L. Ribadeau-Dumas et J. Mayer (6 et 10 semaines), M. Perrin (3 mois). Ch. Michaut, dans sa thèse (1901) basée sur 33 cas, en trouve 15 de 2 à 5 ans, 12 de 5 à 10 ans, 6 de 10 à 15 ans. La prédominance du sexe féminin s'affirme dans toutes les statistiques : 27 filles pour 6 garçons (Michaut), 19 filles pour 7 garçons (H.-C. Cameron). Ces 26 derniers cas recueillis à *Guy's Hospital* se répartissent en 22 de 15 jours à 16 ans, 4 de 18 à 27 ans. Sur 94 cas de la statistique de Jensen, on compte 83 enfants pour 11 adultes.

Cameron distingue trois phases : 1° Invasion fébrile avec coliques, vomissements, diarrhée; 2° persistance de la fièvre et de la diarrhée pendant 2 semaines; 3° gros ventre, fluctuation, ouverture à l'ombilic et parfois aussi dans la vessie, le vagin, le rectum. Le pus a tendance à se collecter, à s'enkyster dans l'hypogastre et le bassin. Dans un cas de P. Mathieu (*Soc. de Péd.*, 15 Juin 1926), chez une fille de 4 ans, l'enkystement avait déterminé une occlusion intestinale. On distingue 2 formes : I. Forme localisée, enkystée, sous-ombilicale, peu virulente et relativement bénigne; II. Forme généralisée, diffuse, grave, très violente. La péritonite primitive a un début plus brutal que la péritonite secondaire à une pneumonie.

Le pronostic varie beaucoup suivant la forme de la maladie. Sur les 33 cas de la thèse de Michaut, 11 de la forme septique diffuse ont donné 9 morts et 2 guérisons, 22 de la forme enkystée ont été suivis de guérison 20 fois (2 morts seulement). Le diagnostic, nous l'avons dit, peut présenter des difficultés et l'on a vu la péritonite à pneumocoques prise pour une *fièvre typhoïde*, une *péritonite tuberculeuse*, une *appendicite aiguë*. A cette liste, il faut ajouter les péritonites aiguës à gonocoques, à staphylocoques, à pneumobacilles de Friedlander, beaucoup plus rares.

1° Dans toute péritonite aiguë, quelle qu'en soit la cause, certaines prescriptions s'imposent : repos au lit dans le décubitus dorsal, avec immobilité le plus possible; large vessie de glace appliquée sur le ventre avec interposition de flanelle ;

2° Diète sévère en présence d'accidents aigus avec intolérance gastrique : quelques cuillerées d'eau fraîche, fragments de glace à sucer; prévenir la déshydratation des jeunes sujets par des injections hypodermiques de sérum artificiel, de sérum glucosé. Quand la fièvre est tombée, quand les réactions péritonéales ont disparu, réalimenter les malades avec du bouillon de légumes, des bouillies à l'eau, des purées et compotes ;

3° A la phase aiguë, on peut consentir aux injections sous-cutanées de sérum antipneumococcique de l'Institut Pasteur : 20 cmc ;

4° A la phase de suppuration collectée, d'enkystement, on envisagera l'opportunité d'une intervention chirurgicale. Si l'état est grave, si la vie de l'enfant est menacée par une péritonite à pneumocoques virulents, la laparotomie précoce sera indiquée. Si la péritonite, moins septique et moins diffuse, s'enkyste dans la région sous-ombilicale, la laparotomie tardive sera préférée. Quand le pus s'est fait jour à l'ombilic, il convient d'attendre l'assèchement spontané de la cavité péritonéale.

J. Comby.

Cancers cutanés

Le principe du traitement du cancer cutané est de faire disparaître complètement et définitivement la lésion qui tend à ne pas se cicatriser spontanément et à augmenter toujours. Qu'il s'agisse de cancers spino ou baso-cellulaires ou d'épithéliomas métatypiques (Darier), le praticien doit mettre en œuvre toutes ses possibilités thérapeutiques pour obtenir une destruction totale. Tous les traitements sont bons, s'ils atteignent ce but. Il faut se rappeler que ce résultat est d'autant plus facile à obtenir que la lésion est plus récente. D'où nécessité du diagnostic précoce des cancers cutanés et traitement systématique de toutes les affections dites précancéreuses, en particulier des kératoses séniles dont nous voyons fréquemment la transformation en épithéliomas.

Le praticien doit pouvoir détruire un cancer cutané pris au début avec les procédés thérapeutiques dont il dispose. Le caustique chimique le meilleur paraît être l'acide arsénieux, soit sous la forme de la pâte arsenicale de Dubreuilh :

Acide arsénieux	Une partie.
Gomme arabique en poudre	Une partie.
Talc	Dix parties.
Eau	Q. s. pour faire une pâte épaisse.

procédé excellent, mais douloureux, soit suivant le procédé de Cerny-Trunecek, employé par M. Darier de la façon suivante : « Après avoir curetté, excorié, ou brûlé au galvano-cautère les surfaces épidermisées, on les badigeonne au pinceau avec une solution sursaturée d'arsenic (acide arsénieux 1, eau et alcool à 90° : ââ 50) ; on laisse sécher, et on recouvre de quelques flocons d'ouate. Au bout de cinq à huit jours on détache la croûte; si la surface sous-jacente est blanche, il est à peu près certain que tout le néoplasme est détruit; si elle est marbrée de gris et de rouge, on fait une série de cautérisations nouvelles jusqu'à résultat complet. Cette manière progressive d'opérer donne une grande sécurité et ménage au maximum les tissus sains; la douleur est rarement très vive et dure peu[1]. »

Le galvanocautère employé avec méthode (c'est-à-dire en détruisant largement et profondément) peut donner d'excellents résultats, comme le prouve la belle statistique de M. Périn (*Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 1927, p. 406). La cryothérapie n'est à recommander que dans la kératose sénile, en raison de son action trop superficielle.

Si ces procédés échouent ou si le médecin veut obtenir une plus grande sécurité thérapeutique, l'ablation chirurgicale, la diathermo-coagulation ou la radiothérapie s'imposent. L'ablation chirurgicale (sauf pour les nævo-carcinomes) a l'avantage de laisser de belles cicatrices opératoires. Elle a l'inconvénient de traumatiser et de faire saigner les tissus cancéreux. La diathermo-coagulation permet une destruction profonde, large et par suite scientifiquement assez sûre. Après anesthésie parfaite à la novocaïne-adrénaline, nous électrocoagulons profondément et largement tous les tissus qui ne nous donnent pas l'impression visuelle et tactile d'être sains. La cicatrisation se fait d'ordinaire rapidement et parfaitement, même pour des surfaces larges comme une paume de main. Les rayons X et le radium ont l'avantage de ne pas être douloureux. On peut utiliser les rayons X soit avec la technique de Belot (après curettage de la lésion 4 à 5.000 R filtrés), soit avec la technique de Coste (de 15 à 25 H nus en une seule séance). Le radium donne également de bons résultats esthétiques (voir notamment la technique de Degrais et Bellot). Mais les cancers cutanés traités par les radiations ne sont pas toujours stérilisés définitivement.

Aussi nous avons pris l'habitude de traiter systématiquement tous les cancers cutanés d'abord par la diathermo-coagulation, puis, lorsque la cicatrisation est achevée, par les rayons X. En associant ces deux thérapeutiques destructives, mais à action différente, nous avons l'impression que nous avons augmenté les chances de destruction locale définitive, en obtenant des résultats esthétiques excellents.

Le nævo-carcinome, pour lequel l'excision chirurgicale est contre-indiquée, peut être détruit soit par l'électrolyse négative (procédé en corbeille de Darier), soit par la diathermo-coagulation (voir l'importante statistique de Ravaut et Ferrand), qui demande l'anesthésie générale. Les résultats lointains de ces traitements démontrent que souvent, en raison des métastases, le traitement local a été trop tardif.

D'où — et nous ne craignons pas d'insister sur ce point — la nécessité du diagnostic et du traitement précoces de toute lésion néoplasique cutanée, en attendant que nous possédions la médication interne capable de faire disparaître les cellules et les tissus cancéreux.

E. Juster.

1. Darier. — *Précis de Dermatologie*, p. 998, Masson, éditeur.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MÉDECINE

(Paris)

Alexandre de Koranyi (de Budapest). ***Pathologie fonctionnelle et traitement fonctionnel des néphropathies*** (*Annales de Médecine*, tome XXVI, nº 2, Juillet 1929). — Dès longtemps, K. a établi une distinction essentielle entre les néphropathies compensées et les néphropathies décompensées. La compensation rénale sans hypertension artérielle peut être parfaite, sans polyurie, ou imparfaite, avec polyurie; on peut d'autre part observer une compensation rénale complétée par l'hypertension artérielle, compensation mixte cardio-rénale.

Le chapitre des décompensations rénales, de l'insuffisance rénale, est bien plus compliqué. Après avoir constaté l'augmentation de la pression osmotique sanguine à la suite d'un grand nombre de néphropathies, K. a observé qu'il existe des insuffisances rénales très évidentes, indépendantes de ce trouble de l'osmo-régulation. En comparant les cas avec ou sans abaissement pathologique du point cryoscopique du sang, il a été en mesure d'établir que l'insuffisance rénale avec pression osmotique normale est celle qui est accompagnée de rétention aqueuse, notions qui conduisaient au seuil des découvertes de Widal et H. Strauss sur la déchloruration, et vers l'individualisation actuelle des principales formes d'urémie.

Les recherches de Rusznyak, à l'aide de son néphélomètre, et de Farkas ont abouti à distinguer deux formes d'œdèmes. Farkas a cherché à établir par mensurations directes les rapports entre l'état colloïdal du plasma et la pression osmotique de ses colloïdes. Il est arrivé à construire une courbe graphique permettant de déduire la presssion osmotique des résultats de la néphélométrie. Il a complété ses études par la mesure de la pression veineuse d'après la méthode de Moritz et Tabora. K. a établi les rapports mutuels de ces trois nombres caractérisant chaque cas.

Il y a des cas secs et œdémateux aussi bien avec des pressions veineuses variables qu'avec des pressions osmotiques colloïdales plasmatiques très différentes. Ce qui est essentiel, ce n'est pas le degré absolu des deux pressions, mais le rapport entre les deux. A chaque pression colloïdo-osmotique correspond une pression veineuse maxima, et à chaque pression veineuse correspond une pression osmotique minima du plasma, au delà desquelles l'œdème fait son apparition. Il y a lieu de distinguer un œdème déterminé par phlébohypertonie, se rattachant à la décompensation cardiaque, et un œdème causé par l'altération des colloïdes plasmatiques, se rattachant à l'insuffisance rénale saline.

De telles recherches permettent de préciser d'une façon détaillée l'état fonctionnel des reins malades et d'en déduire pour chaque cas un traitement fonctionnel avec diététique adaptée.

L. Rivet.

L. Babonneix et J. Sigwald. ***Paraplégie flasque au cours du traitement antirabique*** (*Annales de Médecine*, tome XXVI, nº 2, Juillet 1929). — B. et S. relatent l'observation d'un malade qui, au cours d'un traitement antirabique pratiqué à l'Institut Pasteur, fut atteint de paraplégie flasque, affectant le type de myélite transverse, et qui guérit en deux mois. Il s'agit là de l'accident le plus habituel de la vaccination antirabique, accident de pronostic favorable.

Ces accidents de la vaccination antirabique sont si rares (de 1/10.000 à 1/800) avec les méthodes courantes, qu'on ne peut les mettre en balance avec les heureux résultats de la découverte pastorienne. Babes estime qu'une personne mordue par un chien enragé a 1 risque sur 10 de succomber si elle n'est pas traitée, alors que, traitée, le risque tombe à 1 pour 100.

Pour les classiques, ces accidents sont dus à la toxine et au virus. B. et S. estiment plus conforme aux faits de les considérer comme un réveil biotropique d'un germe latent neurotrope, sous l'influence d'un vaccin virulent et toxique. Leur rareté comme leur bénignité sont telles qu'en pratique il n'y a pas à compter avec eux, et qu'il faut, en tous les cas de contamination sûre ou même probable par un animal enragé, recourir aussitôt à la vaccination pastorienne.

L. Rivet.

P. Savy et H. Thiers (de Lyon). ***L'état du chlore, de l'urée et de la réserve alcaline du liquide céphalo-rachidien dans les rétentions brightiques et les états acidosiques; le divorce hémorachidien.*** (*Annales de Médecine*, tome XXVI, nº 2, Juillet 1929). — Les faits observés par les auteurs les amènent à cette conclusion que, malgré l'opinion classique, la réserve alcaline, l'urée et le chlore rachidien ne varient pas toujours parallèlement à ceux du sang au cours des néphrites et des états acidosiques. Ce divorce hémorachidien est dû, pour le chlore et l'urée, à ce que le liquide céphalo-rachidien met un temps extrêmement long pour s'équilibrer avec le sang, supérieur à 53 heures dans une observation de S. et T. De ce fait, on a peu d'intérêt, habituellement, à pratiquer le dosage de ces substances comparativement dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Par contre, la réserve alcaline rachidienne semble présenter une grande utilité pour déceler des états acidosiques à leur début; dans le liquide céphalo-rachidien dépourvu de tampons réellement puissants (globules rouges), le taux des bicarbonates baisse bien plus précocement que dans le sang; il semble probable en plus que les alcaloses gazeuses ne s'accompagnent pas d'une élévation de la réserve alcaline rachidienne.

L. Rivet

ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE

(Paris)

H. Birnbaum. ***La « myopie scolaire » existe-t-elle?*** (*Archives d'Ophtalmologie*, tome XLVI, nº 1, Janvier 1929). — B. s'élève contre cet axiome qui paraissait intangible il y a quelques années et qui est maintenant combattu par Steiger et par d'autres.

L'hypermétropie est la réfraction habituelle des nouveau-nés ; elle fait place, avec l'âge, à une hypermétropie moins forte, à l'emmétropie, ou à la myopie. Toutes les statistiques s'accordent pour reconnaître que la myopie augmente de fréquence et d'intensité avec l'âge, qu'elle est plus fréquente à la ville qu'à la campagne, qu'elle prédomine suivant les races, le niveau intellectuel des études, des professions. Ce sont surtout ces raisons qui ont fait admettre l'influence de la scolarité sur la progression de la myopie. Mais on n'est pas du tout d'accord sur le mécanisme par lequel agit le travail de près : efforts d'accommodation, de convergence, compression latérale des muscles droits, configuration de l'orbite, influence de l'hérédité, etc.

Après avoir discuté avec soin ces différentes questions, B. arrive à cette conclusion que la réfraction définitive de l'œil humain résulte de denx déterminantes : la convexité de la cornée, qui reste stationnaire toute la vie durant, mais est individuellement différenciée, et la longueur de l'axe antéro-postérieur de l'œil qui augmente comme toutes les longueurs et étendues du corps humain. Les deux déterminantes étant déjà variables à la naissance, il n'est pas besoin de l'école pour expliquer toute la gamme des réfractions. Il est certain que l'œil, dans sa croissance, parcourt le chemin de l'hypermétropie vers la myopie. S'il s'arrête à l'emmétropie, cela est tout à fait le même problème que l'arrêt à la myopie. Rien qu'en combinant les différentes longueurs de l'axe (différence de 4 mm. = 12 dioptries) avec les différentes convexités de la cornée (différence de 10 dioptries) on a un jeu de 22 dioptries.

On doit considérer l'évolution de la myopie, et de la réfraction en général, comme une évolution ontogénétique, embryologiquement déterminée. Landolt disait déjà « qu'on peut considérer les tendances à la myopie comme un phénomène d'adaptation aux exigences de l'espèce ».

GAZETTE DES HOPITAUX

(Paris)

R.-J. Weissenbach et F. Françon. ***La lipo-arthrite sèche bilatérale et symétrique des genoux, variété fréquente du rhumatisme ovarien de la ménopause : étude séméiologique et interprétation pathogénique*** (*Gazette des Hôpitaux*, tome CII, nºs 50 et 52, 22 et 29 Juin 1929). — Cette forme du rhumatisme chronique de la femme est fréquente. Elle survient 1 à 2 ans après la ménopause naturelle, 2 à 10 mois après l'ovariotomie et de bonne heure dans les syndromes de dysovarie. On la voit surtout chez les femmes de petite taille, ayant tendance à l'embonpoint.

Elle se manifeste par des douleurs peu aiguës, mais persistantes; une gêne de la marche, surtout pour descendre les escaliers, sans aboutir à l'impotence absolue.

Souvent elle s'accompagne de genu valgum, de pied plat valgus et de laxité articulaire. Les genoux sont tuméfiés par du tissu adipeux qui entoure la rotule et le tendon rotulien. Il y a des craquements, pas de choc rotulien vrai, pas de points douloureux.

L'image radiologique ne montre pas de lésions osseuses et, anatomiquement, c'est une synovite chronique avec augmentation des franges synoviales.

L'évolution se fait à bas bruit vers la chronicité. Les lésions sont, en général, bilatérales et symétriques.

Des entorses, des corps étrangers intra-articulaires, l'hydarthrose vraie peuvent venir compliquer la lipo-arthrite sèche.

Cette affection relève essentiellement d'une insuffisance ovarienne, accessoirement d'autres troubles endocriniens, de l'obésité et des varices. On ne trouve pas d'infection ou d'intoxication dans l'histoire de ces malades.

Le traitement est basé sur l'opothérapie ovarienne et folliculaire. On peut aussi tirer parti des cures thermales avec massage sous l'eau chaude, local et général.

Robert Clément.

LE BULLETIN MÉDICAL

(Paris)

Claire Vogt. ***Tumeurs congénitales de la poche cranio-pharyngée (poche de Rathke) chez l'enfant*** (*Le Bulletin médical*, tome XLIII, nº 30, 13 Juillet 1929). — Les épithéliomas kystiques développés aux dépens des restes embryonnaires du tractus pharyngo-hypophysaire constituent une partie des tumeurs cérébrales de l'enfance. V. en aurait observé 6 sur 30 enfants atteints de tumeur cérébrale.

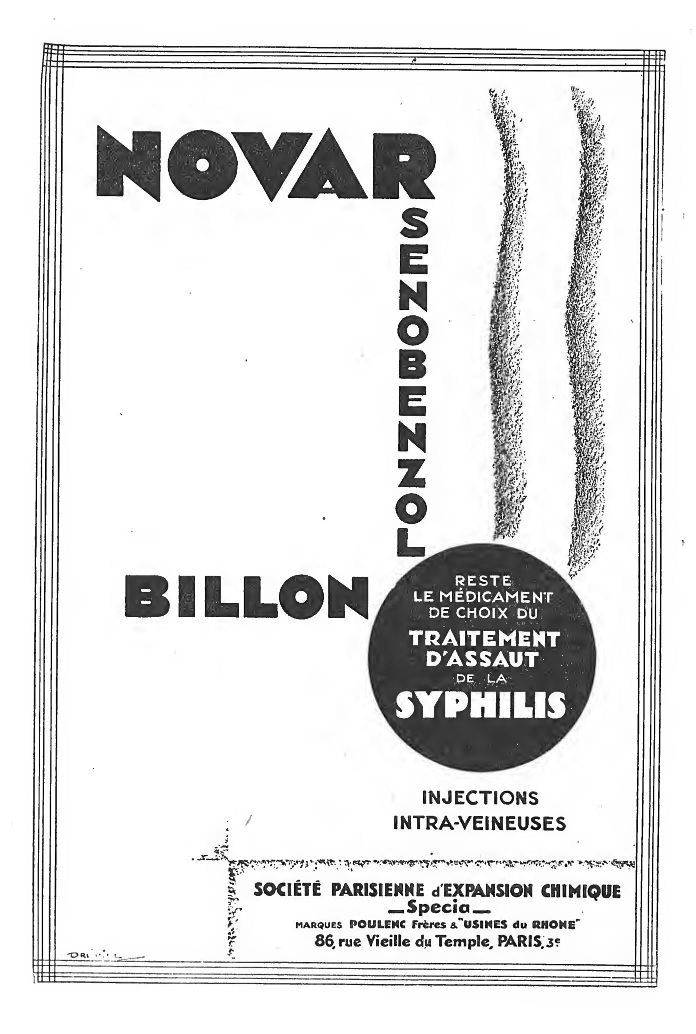
Longtemps silencieuse, la tumeur ne se manifeste le plus souvent qu'entre 8 et 15 ans.

Au point de vue anatomo-pathologique, il s'agit généralement d'adamantinomes kystiques rappelant ceux des mâchoires. Plus rarement il s'agit de carcinomes, de kystes papillomateux.

Les premières manifestations sont d'ordinaire des signes d'hypertension intra-cranienne, plus rarement des troubles dystrophiques : arrêt de la croissance staturale et tendance à l'obésité. Le début peut être brutal et l'évolution paroxystique.

Les troubles de la vue sont particulièrement importants en raison de la situation suprasellaire ou intrasellaire de la tumeur. Hémianopsie bitemporale le plus souvent. Atrophie optique ou stase papillaire avec amblyopie.

La radiographie montre la tumeur dans 71 p. 100


NOVAR
SENOBENZOL
BILLON
RESTE
LE MÉDICAMENT
DE CHOIX DU
TRAITEMENT
D'ASSAUT
DE LA
SYPHILIS
INJECTIONS
INTRA-VEINEUSES
SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
Specia
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3e

des cas à cause des concrétions calcaires qui infiltrent sa paroi et qui sont caractéristiques de l'affection.

On peut observer un syndrome adiposo-génital, mais jamais d'acromégalie, ni de gigantisme, ni de glycosurie. La polyurie est rare. On voit quelquefois un syndrome cérébelleux.

Le traitement radiothérapique est sans influence; seule l'intervention chirurgicale par voie transfrontale peut amener la guérison. La mortalité opératoire est encore très élevée. ROBERT CLÉMENT.

GAZETTE MÉDICALE DE FRANCE

(Paris)

Hissard. ***A propos d'un cas de fièvre aphteuse humaine*** (*Gazette médicale de France*, 15 Mars 1929). — Dans le débat controversé des rapports de la fièvre aphteuse de l'homme et des bovidés, H. se montre affirmatif : cette affection n'a aucun rapport avec la fièvre aphteuse des bovidés, comme on l'a toujours écrit dans les traités classiques de médecine humaine et vétérinaire. Il est en effet, impossible de prouver par l'observation et par l'expérimentation la transmissibilité du virus aphteux bovin à l'homme et inversement.

A lui seul, l'aphte ne fait pas la fièvre aphteuse : il faut qu'il s'y ajoute un syndrome infectieux; mais, dans l'ignorance où nous sommes de l'agent pathogène, il ne nous est pas permis de porter, en l'absence d'aphte, le diagnostic de fièvre aphteuse. Il est d'autre part important de ne pas méconnaître le *pemphigus aigu fébrile grave*, se produisant chez des ouvriers qui travaillent les animaux morts, souvent à la suite d'une blessure, et se traduisant par une éruption bulleuse à la fois cutanée et muqueuse. *La diphtérie* avec angine et stomatite devra être différenciée de la fièvre aphteuse. C. RUPPE.

LYON CHIRURGICAL

René Leriche et René Fontaine (Strasbourg). ***Le rôle des centres vaso-moteurs périphériques en physiologie et en pathologie vasculaires*** (*Lyon chirurgical*, tome XXVI, n° 3, Mai-Juin 1929). — Les faits observés par L. et F. chez l'homme après diverses opérations sympathiques, ou chez l'animal après des sections variées faites par les méthodes non traumatisantes de l'expérimentation chirurgicale actuelle, ne s'accordent plus avec les doctrines classiques des anciens physiologistes, établies d'après des expériences choquantes sur de petits animaux. Au contraire, les constatations de L. et F. ont été faites avant tout sur des hommes circulatoirement sains, opérés à l'anesthésie locale, sans perte de sang, sans choc, guérissant sans incident et revus à multiples échéances, parfois des années après leurs sections sympathiques.

Contrairement à ce que peut faire supposer l'enseignement classique de la physiologie, il n'y a aucune opération sympathique qui produise des phénomènes vaso-paralytiques. Toutes celles que les auteurs ont pu faire chez l'homme, et toutes les expériences semblables qu'ils ont réalisées chez les animaux, ont été suivies rapidement d'une vaso-dilatation active temporaire. Celle-ci ne reste pas localisée au territoire d'aval. Elle est constatable au membre homologue et même généralement s'étend aux quatre membres.

Après plus de 350 opérations sympathiques à tous les niveaux, L. et F. n'ont encore jamais vu une vaso-dilatation du type paralytique, c'est-à-dire avec activité circulatoire diminuée et non modifiable par les excitants habituels.

En poursuivant plus loin l'analyse des modifications vasculaires consécutives à diverses neurotomies, L. et F. ont obtenu ensuite, par l'étude des réflexes vasculaires, des preuves évidentes qu'il existe des centres vaso-moteurs périphériques pouvant fonctionner indépendamment des centres bulbaires et spinaux.

Ils exposent les preuves cliniques de l'existence des centres vaso-moteurs périphériques. Après section de tous les nerfs vasculaires, isolables, d'un membre, après section des nerfs mixtes, après énervation complète, après section dorsale haute de la moelle, les vaisseaux restent contractiles et capables d'adapter la paroi vasculaire au froid, au chaud et à divers excitants.

L. et F. présentent ensuite une étude physiologique des centres périphériques intramuraux, à l'aide de l'oscillographie, de la thermométrie cutanée, et indiquent le rôle de l'innervation intramurale dans certains troubles post-traumatiques : troubles par vaso-constriction périphérique (cyanoses périphériques fréquemment observées après les traumatismes surtout des pieds et des mains), troubles post-opératoires par vaso-dilatation périphérique (œdèmes post-traumatiques, ostéoporoses post-traumatiques). Tous les malades observés ont guéri par des opérations sympathiques portant sur la chaîne ou périartérielles, et l'on peut se demander comment la même opération vaso-dilatatrice a agi aussi bien chez ceux qui présentaient des troubles par vaso-contriction que chez ceux qui avaient des troubles par vaso-dilatation. En réalité, il n'est pas très étonnant que la sympathectomie, qui entraîne d'importants changements dans l'innervation vasculaire, puisse modifier l'état des vaisseaux périphériques, quelle que soit la situation habituelle de ceux-ci, constriction ou dilatation. Avec la notion des centres vaso-moteurs périphériques en physiologie et en pathologie vasculaire, il est possible de mieux comprendre les faits pathologiques que les auteurs ont signalés. L. RIVET.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

E. Banssillon. ***Signification clinique et thérapeutique des cas d'agglutination réciproque des globules rouges de la mère et de l'enfant nouveau-né*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome X, n° 234, 5 Octobre 1929). — La question des groupes sanguins et des cas d'inter-agglutination sanguine est de plus en plus à l'ordre du jour. Les recherches de B. commencées depuis 1925 n'ont eu pour objet que l'étude des groupes sanguins de la mère et du nouveau-né dans le but de dégager autant que possible la signification clinique et thérapeutique de l'agglutination réciproque de leurs globules rouges. Sur ce point limité de cette très vaste question, B. a pu déterminer les conclusions suivantes :

Le groupe sanguin de la mère et du nouveau-né peut être différent dans 55 pour 100 des cas environ. Au point de vue thérapeutique, ces différences représentent des enfants, dans la proportion de 15 p. 100, dont le sérum peut agglutiner les globules de la mère. Donc, pour la transfusion, le sang maternel n'est pas nécessairement compatible pour l'enfant dans les premiers jours qui suivent sa naissance. Vu la difficulté que l'on a de se procurer une quantité suffisante de sérum du nouveau-né, l'étude comparée des groupes sanguins de la mère et du nourrisson constitue la méthode la plus pratique pour s'assurer de la compatibilité du sang maternel. Une expérience assez longue en a montré à B. la sûreté suffisante.

Au point de vue de la signification pathologique de l'agglutination réciproque des globules rouges de la mère et du nouveau-né, on peut retenir les points suivants :

Si l'on ne peut pas établir une relation constante et nécessaire entre l'agglutination des globules rouges du nouveau-né par le sérum de la mère et les manifestations toxémiques de la gravidité, il semble que le phénomène soit plus fréquemmeet observé chez les femmes dont la grossesse est mal supportée.

La manifestation clinique qui coïncide le plus souvent avec cette agglutination est la persistance, au delà du 3e mois, des vomissements des femmes enceintes. Quant à rendre ce phénomène responsable de l'éclampsie (théorie de Mac Quarrie), l'état actuel de recherches de B. ne lui permet pas de l'affirmer.

En ce qui concerne l'agglutination des globules de la mère par le sérum du nouveau-né, elle paraît exister plus particulièrement chez l'enfant qui présente de l'ictère catarrhal bénin. Ceci pour deux raisons possibles :

1° La non-constitution du groupe par absence d'agglutinines dans le sang du nouveau-né peut être le témoin de l'auto-agglutination des globules que l'enfant apporte à sa naissance et qui sont rapidement détruits au profit du sang nouveau que son organisme élabore en abondance;

2° Au cours de l'allaitement, même des premières heures, le colostrum ou le lait peuvent contenir des agglutinines différentes de celles du sang fœtal, qui peut d'ailleurs n'en point contenir. L'absorption de ces substances, et leur passage dans le sérum sanguin, peuvent alors, selon toute vraisemblance, entrainer un certain degré d'agglutination et d'hémolyse dans le sang du nouveau-né.

Enfin, il faut signaler une dernière conséquence d'ordre pratique : la présence de l'ictère chez le nouveau-né devra inciter à une prudence toute particulière s'il s'agit de transfuser l'enfant qui présente cette manifestation.

Ch. Roubier. ***Le cancer cavitaire du poumon*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome X, n° 234, 5 Octobre 1929). — Au cours de l'évolution du cancer primitif du poumon, on peut voir apparaître des zones étendues de nécrose ou d'infiltration purulente, aboutissant à la formation d'abcès ou de cavernes, dont la constatation peut égarer le diagnostic et faire penser à un abcès du poumon ou à une pleurésie purulente enkystée.

Ces cavités peuvent être soit situées en dehors de la tumeur, dans le parenchyme pulmonaire avoisinant (bronchectasies, foyers abcédés ou gangreneux par compressions vasculaires ou infections associées, cavernes tuberculeuses), soit creusées en plein tissu néoplasique (cavernes cancéreuses proprement dites).

On doit réserver le nom de *cancer cavitaire du poumon* à une variété particulière de néoplasme dont le caractère anatomo-clinique essentiel est de se creuser rapidement de cavernes de plus en plus volumineuses à mesure qu'il se développe ou s'étend à de nouveaux territoires pulmonaires.

Ce cancer cavitaire, dont le siège d'élection est le lobe supérieur, est habituellement, au point de vue histologique, un épithélioma du type malpighien à globes épidermiques.

La caverne cancéreuse, même volumineuse, ne donne que rarement la symptomatologie cavitaire classique; le plus souvent, elle reste muette à l'auscultation, et cela parce qu'elle ne communique qu'imparfaitement avec l'appareil bronchique.

C'est l'examen radioscopique qui permet de la reconnaître sous la forme d'une image hydro-aérique située au milieu d'un bloc d'opacité très dense, et de suivre son agrandissement progressif.

En règle générale, ce cancer cavitaire donne rarement des métastases à distance. Véritable *ulcus rodens du poumon*, il peut arriver à détruire progressivement tout un lobe, mais ne présente que peu de tendance à se généraliser par voie sanguine.

LYON MÉDICAL

F. Pouzet (Lyon). ***Considérations sur 25 cas d'ostéites tuberculeuses juxta-articulaires du genou*** (*Lyon médical*, an. LXI, tome CXLIV, n° 35, 1er Septembre 1929). — On entend par ostéite juxta-articulaire des lésions limitées, au niveau du genou — lieu de localisation le plus fréquent —, à une seule extrémité osseuse, l'os opposé étant sain et le restant généralement pendant toute l'évolution de l'affection.

Ces ostéites sont surtout propres à l'enfant et même au jeune enfant. Le fémur est presque aussi souvent atteint que le tibia; mais le siège de la localisation dans chaque os n'est pas semblable : au fémur, on voit davantage de lésions dia-épiphysaires (à cheval sur le cartilage de conjugaison) et, au tibia, plus de lésions métaphysaires; les lésions épiphysaires sont assez rares. Il y a prédominance des lésions fémorales chez les tout petits (75 pour 100 avant 2 ans 1/2) et des lésions tibiales chez les sujets plus grands (70 pour 100 de 4 à 14 ans).

Cliniquement et classiquement l'ostéite juxta-articulaire évolue pour son propre compte avec de la

· TUBERCULOSE · LYMPHATISME · ANÉMIE ·

· CROISSANCE · RACHITISME · SCROFULOSE · DIABÈTE ·

· CARIE DENTAIRE · TROUBLES DE DENTITION ·

TRICALCINE



ADRÉNALINÉE

RECONSTITUANT
LE PLUS PUISSANT-LE PLUS SCIENTIFIQUE
LE PLUS RATIONNEL

LA
RÉCALCIFICATION
Ne peut être ASSURÉE
d'une façon CERTAINE
et PRATIQUE

QUE PAR LA TRICALCINE PURE
OU PAR ASSOCIATION MÉDICAMENTEUSE
DE LA TRICALCINE

La TRICALCINE ADRÉNALINÉE permet d'appliquer la mèdication SURRENO-CALCIQUE dans la TUBERCULOSE avec hypotension dans les FRACTURES avec retard de consolidation dans la TUBERCULOSE OSSEUSE, la GROSSESSE, le DIABÈTE, et l'ANÉMIE.

La TRICALCINE ADRÉNALINÉE est vendue en boites de 60 cachets dosés à 3 gouttes de solution au millième par cachet.
ADULTES 3 cachets par jour ; ENFANTS 1 ou 2 cachets par jour.
Prix de la boîte de 60 cachets : 10 francs, soit le cachet : 0 fr. 16.

SE MÉFIER DES IMITATIONS ET DES SIMILITUDES DE NOM
BIEN SPÉCIFIER " TRICALCINE "

Échantillons et Littérature gratuits sur demandes aux Docteurs, Hôpitaux, Ambulances
LABORATOIRE DES PRODUITS " SCIENTIA " Dr E. PERRAUDIN, PHn DE 1re CL. 21, RUE CHAPTAL — PARIS



· DYSPEPSIE NERVEUSE · TUBERCULOSE ·

douleur, de la tuméfaction osseuse, un abcès froid possible, et n'envahit l'articulation qu'à titre de complication. Mais, au genou, ce tableau clinique est loin d'être constant et, quand c'est le fémur qui est le siège de l'ostéite, on note presque toujours (8 fois sur 13) une réaction articulaire précoce (douleur, gonflement) qui s'explique par ce fait qu'au fémur la synoviale a des connexions assez étendues avec la métaphyse osseuse et que sur cet os il y a une prédominance des lésions dia-épiphysaires. Cette réaction articulaire, signe de début ou de la période d'état des ostéites juxta-articulaires fémorales, a une grosse importance, car elle égare souvent le diagnostic du médecin et, par suite, retarde le traitement idéal.

En fait, ce diagnostic est surtout fait par la radiographie qui, dans les lésions encore enkystées, renseigne bien sur leur unilatéralité, sur leur siège en hauteur et en profondeur, sur leurs limites. Elle montre que, là où jadis on aurait vu une tumeur blanche à son début, il ne s'agit que de réactions articulaires symptomatiques d'une ostéite opérable.

L'évolution de ces ostéites doit être envisagée au double point de vue de l'état articulaire final et des troubles de croissance. Or, au point de vue de l'état articulaire, on voit qu'au moins chez les jeunes enfants, l'évolution spontanée de lésions même graves, avec fortes réactions articulaires, peut laisser à sa suite une articulation normale ou presque. Au point de vue des troubles de la croissance, il peut survenir des modifications de longueur (raccourcissement pouvant atteindre jusqu'à 4 et 6 cm. ou, au contraire, léger allongement de 1 cm.) et des déviations latérales (*genu valgum* ou *varum*) dans 50 pour 100 des cas, déviations dues généralement à un ralentissement de l'activité du cartilage au voisinage du foyer tuberculeux; on les note spécialement dans les lésions diaépiphysaires.

En ce qui concerne le traitement des ostéites juxtaarticulaires, il est impossible de dire si la seule immobilisation ou l'opération (évidement) sont réciproquement capables de guérir tous les cas, à égalité de résultats fonctionnels; mais deux faits sont certains: d'une part, l'immobilisation peut guérir, chez de jeunes enfants, avant 5 ans, des lésions osseuses sévères avec fortes réactions articulaires et, d'autre part, l'opération peut guérir des ostéites chez des enfants de tout âge en un laps de temps bien inférieur à celui de l'immobilisation. L'évidement apparaît donc comme plus sûr et plus rapide que la simple immobilisation; mais est-il toujours indiqué? Si les lésions métaphysaires, et même les rares lésions épiphysaires, ont tout à gagner à l'évidement, les lésions dia-épiphysaires, à cheval sur le cartilage de conjugaison, sont beaucoup plus difficiles a traiter, car on risque d'aggraver les lésions du cartilage par la curette. D'autre part, on n'évidera pas les foyers profonds, difficiles à atteindre, qui nécessiteraient une mutilation trop grande. En cas de forte réaction articulaire, il faudra renoncer à l'évidement ou tout au moins le remettre à une date où la réaction se sera fortement atténuée par l'immobilisation. L'âge, enfin, est un facteur qui décide souvent, en fin de compte, quand on hésite: si l'évidement semble discutable, le jeune âge le fera rejeter plus facilement jusqu'à 2-3 ans; l'âge plus avancé incitera au contraire à le pratiquer.

J. Dumont.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Bâle)

O. Nægeli. ***Le traitement de la syphilis latente*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LIX, nº 27, 6 Juillet 1929). — Les idées sur le traitement exigé par la syphilis latente ont beaucoup varié sous l'influence de découvertes diverses: spirochète, salvarsan. Actuellement, la courbe irrégulière de cette évolution atteint, d'après N., un nouveau minimum. La recherche sérologique de la syphilis est pratiquée beaucoup trop rarement par crainte de provoquer des chocs psychiques sur lesquels Busebke a attiré l'attention exagérément, d'après N. En tout cas, par une analyse systématique du sang à la Clinique dermatologique de Berne, on a trouvé une proportion de syphilis ignorées, variant de 1 à 15 pour 100, ce qui est d'une grande utilité d'abord parce qu'on est ainsi mis sur la piste d'investigations nouvelles et souvent fructueuses.

Un syphilitique latent doit être considéré comme un malade capable de transmettre la maladie; il a tout intérêt, surtout s'il voyage, à avoir toujours sur lui un exposé clair des traitements subis et du résultat des examens faits à ce sujet. Mais naturellement les constatations sérologiques ne suffisent pas à elles seules pour faire un diagnostic: un examen clinique complet est toujours nécessaire.

On a objecté à ceux qui traitent les syphilitiques latents qu'ils risquent d'éveiller une infection latente, qu'ils font passer les spirochètes du sang dans le système nerveux central ou encore qu'ils accélèrent l'évolution de l'allergie et hâtent l'apparition de symptômes tertiaires. N. répond que nous ne possédons pas de renseignements suffisamment précis sur la marche de la syphilis ordinaire pour que ces objections trahissent quelque chose de plus qu'une simple impression sans force démonstrative et qu'en évitant de faire des cures d'arsénobenzol insuffisantes le danger des neuro-récidives est fortement diminué. N. considère comme une faute de diminuer l'énergie du traitement lorsque la séro-réaction est modérée au lieu d'être totale.

Les dangers qui sont associés à un traitement spécifique ont actuellement diminué et ne peuvent pas être comparés avec les dangers représentés par la syphilis elle-même. Au point de vue pratique, une syphilis active et récente, avec éruptions visibles et gênantes, constitue une affection dont le traitement donne des satisfactions très réelles. Tout au contraire, en soignant une syphilis latente, on ne s'expose guère qu'à des reproches et à l'inimitié du malade. Cependant la syphilis latente ne peut être considérée comme une véritable phase de repos de la maladie ainsi que le montre l'évolution sournoise des syphilis vasculaire et nerveuse. En sorte qu'attendre est alors une faute grave. On doit, en effet, selon N., soumettre à un traitement immédiat toutes les syphilis latentes d'origine récente qui ont été peu ou insuffisamment traitées, de même que la syphilis des nouveau-nés et des jeunes enfants. Quant aux infections syphilitiques anciennes qui ne constituent plus un gros danger de transmission et chez lesquelles le spirochète semble s'être plus ou moins fixé, on peut leur faire des concessions temporaires. Il en est de même pour la syphilis congénitale latente des grands enfants et des adultes. D'ailleurs, il n'y a pas de contre-indications absolues au traitement bien que, après 70 ans, il ne soit plus utile de faire une cure spécifique lorsque le seul signe est constitué par une réaction de Wassermann positive. De même, le fait que cette réaction reste positive ne doit pas engager à traiter indéfiniment des syphilitiques sans symptôme et soignés antérieurement de façon correcte et à plusieurs reprises.

P.-E. Morhardt.

A. Lœwy. ***Les effets physiologiques du climat d'altitude comparé aux autres climats*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LIX, nº 27, 6 Juillet 1929). — Les facteurs physiques qui caractérisent un climat: « température, humidité, mouvement de l'air, irradiations », ne constituent pas une grandeur constante, car ils varient suivant le moment de la journée ou de l'année et suivant les phénomènes météorologiques. On a ainsi beaucoup de difficultés à distinguer le climat excitant du climat sédatif. On a cependant cherché une méthode qui permette de caractériser par un seul chiffre les éléments divers du climat et notamment le pouvoir refroidissant. Pour cela, Leonard Hill a proposé le katathermomètre et Thilenius et Dorno, le frigorimètre. Malgré tout, les composants du climat doivent être analysés.

Au bord de la mer, les recherches ont été peu nombreuses, celles qui sont faites actuellement sont appliquées surtout à des enfants plus ou moins malades. Il ne semble d'ailleurs pas à L. que ce climat soit capable d'activer certaines fonctions physiologiques chez des individus normaux.

Le climat désertique et le climat tropical paraissent abaisser la pression artérielle; ils augmentent le nombre des globules rouges, mais ne modifient pas le métabolisme de base dans un sens bien déterminé. La sécheresse et la chaleur provoquent une augmentation de la perspiration et portent ainsi la perte d'eau par vingt-quatre heures de 1 à 2 1/2 ou 3 litres d'eau. Cette perspiration ne s'accompagne pas d'élimination de chlorure de sodium ou de produits azotés qui peuvent, dans ces conditions, augmenter dans le sang et constituer, pour le rein, une surcharge dangereuse quand cet organe est malade. L. attire encore l'attention sur ce point que la régulation de la température, notamment au cours du travail, est moins parfaite chez l'Européen que chez l'indigène. D'autre part, l'expérience coloniale a montré que l'adaptation est impossible bien que la théorie n'arrive pas à rendre compte de ces faits.

Avec le climat d'altitude, on a d'abord affaire à l'irradiation qui agit sur les ferments du sang et sur ceux de la nutrition: les hydrates de carbone brûlent mieux et le sucre du sang des diabétiques diminue. La sécheresse de l'air à 2.000 m. est de même ordre que celle des pays désertiques. Mais le froid contracte les vaisseaux cutanés de sorte que la perte d'eau par la peau diminue dans des proportions considérables. La raréfaction de l'air à l'altitude entraîne une augmentation des globules rouges, du volume respiratoire, des échanges gazeux, de la fréquence du pouls et parfois de la pression artérielle. Elle entraîne également des troubles subjectifs (palpitations, dyspnée) qui sont calmés par des inhalations d'oxygène et qui doivent être attribués à un manque d'oxygène atteignant d'abord les centres bulbaires. De même le taux du sucre du sang est modifié et le potassium diminué en même temps que le calcium augmenté, ce qui s'accorde bien avec le fait que les états d'hyperthyroïdie sont favorablement influencés par l'altitude qui se montrerait ainsi capable d'affaiblir la fonction thyroïdienne.

Aux hautes altitudes (5.000 m.) la raréfaction de l'air entraîne une autolyse analogue à ce qui est observé dans l'intoxication phosphorée: dégénérescence graisseuse d'éléments cellulaires au cours desquels le phosphore du foie passerait des nucléines dans les lipoïdes. Le climat d'altitude a donc, selon L., des effets physiologiques très spéciaux.

P.-E. Morhardt.

BRUNS' BEITRÄGE zur KLINISCHEN CHIRURGIE

(Berlin, Vienne)

Schwartz. ***Traitement des perforations en péritoine libre des ulcères de l'estomac et du duodénum et de l'ulcère peptique du jéjunum*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CXLV, nº 2, 1928). — S. rapporte 126 cas opérés à l'hôpital en 16 ans.

Les cas sont devenus beaucoup plus nombreux au cours des dernières années. S. en voit la cause dans un traitement médical toujours essayé et parfois prolongé à tort.

La majorité des cas s'observent entre 20 et 40 ans; le sexe masculin est presque toujours frappé: 92 pour 100 des cas.

Quand l'intervention est pratiquée dans les 6 premières heures, la guérison est la règle. S. conseille d'avoir toujours recours, avant l'intervention, à l'évacuation de l'estomac et même à un lavage prudent.

Parmi les cas observés, dans 63 observations la perforation siégeait sur l'estomac presque toujours au niveau de l'antre et sur la face antérieure; on n'a noté aucun cas de perforation siégeant sur la face postérieure de l'estomac, ou près du cardia. Dans 60 autres observations la perforation siégeait sur le duodénum.

S. n'a pratiqué que 3 fois l'enfouissement simple, à cause d'un état général très grave. Il déclare que ce procédé, très en faveur en France et en Amérique, est peu employé en Allemagne. Pour mettre l'estomac

au repos, Eiselsberg préconise une jéjunostomie complémentaire, Söderlund une gastrostomie. En cas de malade très fatigué, Neumann introduit par la perforation un drain qui passe dans le duodénum et il fixe l'épiploon autour du drain : une fois le drain enlevé, la fistule gastrique se ferme spontanément. Tous ces procédés paraissent une complication plutôt qu'un perfectionnement des méthodes simples employées en France.

S. a pratiqué, dans 110 cas. l'enfouissement avec gastro-entérostomie complémentaire. On tend actuellement à limiter l'emploi de cette dernière à cause du nombre considérable d'ulcères peptiques. S. n'a pratiqué que 10 fois la gastrectomie d'urgence avec 3 morts, soit 70 pour 100 de guérisons. Il considère cette intervention comme indiquée quand l'état général est bon et que le cas paraît opératoirement devoir être facile. Par contre, en ce qui concerne les ulcères peptiques, la résection ne doit être qu'exceptionnellement pratiquée : la méthode de choix est la suture simple, quitte à réopérer ensuite.

S. insiste sur l'utilité d'un bon nettoyage de la cavité péritonéale et sur l'inutilité du drainage, sauf en cas de péritonite confirmée. Il ferme la paroi en un plan avec des fils métalliques.

Résultats éloignés des malades opérés avec gastro-entérostomie complémentaire : 88 pour 100 complètement guéris; 8,8 pour 100 d'ulcères peptiques; 3,2 pour 100 de récidive d'ulcus gastrique, soit 12 p. 100 de récidives. J. Sénèque.

Heidrich, Haas et Silberberg. ***De l'irradiation des plexus choroïdes au cours de l'hypertension intracranienne*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CXLV, nº 2, 1928). — Marburg et Sgalitzer ont prétendu avoir obtenu des améliorations très nettes du syndrome d'hypertension intracranienne par les rayons X. Or l'examen histologique des tumeurs cérébrales irradiées ayant montré qu'elles n'avaient subi aucune modification, H., H. et S. ont prétendu que l'amélioration était sous la dépendance d'une diminution de la sécrétion du liquide céphalo-rachidien par les plexus choroïdes. Les expériences de Sgalitzer et de Spiegel auraient montré des modifications nucléaires dans les cellules des plexus choroïdes.

H., H. et S., ayant repris cette étude, arrivent à des données absolument opposées et enregistrent un échec complet de cette méthode.

Leurs cas cliniques sont au nombre de 8 : 1 cas d'hypertension simple, 2 cas d'hydrocéphalie avec hypersécrétion, 1 cas d'hydrocéphalie avec fistule post-opératoire, 3 cas de tumeur cérébrale avec fistule du liquide céphalo-rachidien après trépanation décompressive, 1 cas de tumeur du cervelet avec fistule de liquide céphalo-rachidien post-opératoire.

Les 3 premiers cas n'ont nullement été influencés par les rayons et l'échec a été complet; dans un cas de fistule post-opératoire peu marquée, les rayons ont tari l'écoulement, mais la trépanation décompressive bilatérale a certainement joué un rôle dans cette amélioration; dans les autres cas, il n'y a eu aucun résultat.

Expérimentalement 12 chiens ont été irradiés après laminectomie préalable, pour pouvoir par la ponction lombaire mesurer la tension du liquide céphalo-rachidien ; or celle-ci n'a jamais présenté la moindre modification. L'examen histologique des plexus choroïdes n'a pas permis de déceler la moindre altération.

En conclusion, les recherches cliniques, expérimentales et anatomo-pathologiques de H., H. et S. sont en contradiction absolue avec les résultats signalés par Marburg et Sgalitzer.

J. Sénèque.

Syller. ***La thrombose et la tendance thrombosante post-opératoire*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CXLV, nº 3, 1928). — Les thromboses chirurgicales paraissent avoir augmenté nettement dans ces dernières années. La grippe a été souvent invoquée pour expliquer ce fait ; en réalité, le problème reste très obscur. On peut considérer deux sortes de thromboses: la phlébite locale qui se développe dans le territoire opératoire, la phlébite à distance.

Les phlébites locales s'expliquent facilement par l'altération cellulaire, le ralentissement de la circulation et l'infection.

Les phlébites à distance ont une pathogénie plus complexe. Pour certains, l'infection joue un rôle important, mais elle ne constitue qu'un facteur. et il faut chercher dans des modifications humorales la tendance à la thrombose. La réaction de Fahraeus (vitesse de sédimentation des hématies) est un moyen de mesurer les modifications humorales. La réaction de Aynaud-Henser mesure la tendance à l'agglutination des plaquettes; elle constitue un moyen précis pour étudier la tendance du sang à la thrombose.

S. a étudié ces réactions chez 50 malades avant et après l'intervention. La rapidité de sédimentation des hématies était dans tous les cas (sauf un) augmentée cinq jours après l'intervention; dans 4 cas seulement le chiffre était redevenu normal au 10e jour. La tendance des plaquettes à l'agglutination évoluait de façon parallèle : dans tous les cas avec phlébite post-opératoire, elle était considérablement augmentée; cette augmentation était plus marquée après les opérations abdominales et chez les malades ayant dépassé la quarantaine.

Les données fournies par ces réactions semblent s'accorder avec l'expérience clinique sur les facteurs prédisposant aux phlébites. S'il s'agit en réalité d'un processus complexe avec modification humorale et diminution de la réserve alcaline de l'organisme, il semble bien que l'agglutination des plaquettes mesure la tendance du sang à la thrombose.

S. rappelle, comme prophylaxie de ces accidents, l'*angiostomie* qui consiste simplement à lier quelques vaisseaux une dizaine de jours avant l'intervention. Il voit une confirmation de cette pratique dans le fait que les embolies et thromboses sont exceptionnelles depuis qu'on pratique la prostatectomie en deux temps. Ceci nous paraît bien théorique, car la prostatectomie en deux temps a surtout pour rôle de diminuer l'infection, et les phlébites ne sont tout de même pas exceptionnelles.

S. termine son article en préconisant une thérapeutique des petites saignées (100 cmc), injections de sérum et d'hirudine. J. Sénèque.

ARCHIV für SCHIFFS- und TROPEN-HYGIENE

(Leipzig)

B. Nocht et W. Kikuth. ***Sur l'action hémolytique de la quinine.*** (*Archiv für Sch. u. Trop. Hyg.*, tome XXXIII). — La quinine renforce, non *in vitro*, mais seulement dans l'organisme, l'action d'un ambocepteur ou de substances hémolytiques. D'autres médicaments — cinchonine, antipyrine, plasmochine — n'ont pas ce pouvoir. La cholestérine entrave l'action hémolytique, mais la quinine, à son tour, contrarie le pouvoir de la cholestérine. D'ailleurs, si cette cholestérine est donnée sous forme colloïdale en injections intraveineuses, son effet est nul.

Dans le paludisme compliqué d'hémoglobinurie. on fera bien de remplacer la quinine par ses succédanés : cinchonine, plasmochine.

Ch. Joyeux.

ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE

(Leipzig)

Sophie Grüner. ***Des rapports entre la tuberculose pulmonaire et les affections de la thyroïde*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, tome LIII, nº 4, 1929). — Les rapports entre le goitre simple ou basedowien et la tuberculose ont été longuement étudiés mais diversement appréciés. D'après la majorité des auteurs, il y aurait fréquemment (71 pour 100 des cas) association entre la tuberculose fermée, de bon pronostic, et le goitre.

G. a étudié ces rapports sur un total de 1.040 cas parmi lesquels 169 présentaient des troubles thyroïdiens variés. Les conclusions de son étude sont les suivantes :

Les différents troubles thyroïdiens ne sont pas plus fréquents au cours de la tuberculose que chez les sujets indemnes de cette maladie. Ceci va à l'encontre de l'opinion suivant laquelle l'associatior tuberculose et maladie de Basedow se trouve étre spécialement fréquente ; d'après G. ce sont les formes les plus bénignes et les plus récentes qu'accompagne l'hyperthyroïdie ;

La fréquence des symptômes d'hyperthyroïdi chez la jeune femme est telle qu'il est impossibl d'attribuer une origine à ces troubles si fréquemmen rencontrés. G. Basch.

THE BRITISH JOURNAL of SURGERY

(Londres)

G. Grey Turner (de Newcastle on Tyne). ***Traitement des malformations congénitales de la vessi et de l'urètre par implantation des uretères dan l'intestin avec rapport de 17 cas personnel*** (*The British Journal of Surgery*, tome XVII, nº 6 Juillet 1929). — Les malformations congénitales d la vessie et de l'urètre sont pour le malheureu qui les porte une gêne permanente et une cause d'i fection. Souvent elles entravent tout travail; malade, constamment souillé par ses urines, est u objet de répulsion pour tous. Les opérations pla tiques n'atteignent que rarement le but cherché. Ce tain sujet subit 9 opérations en 2 ans sans aut résultat que de protéger la partie supérieure de vessie par une couche de peau; il doit porter u appareil volumineux qui ne recueille les urines q le jour.

Devant ces inconvénients, T. a pratiqué l'abouch ment des uretères dans l'intestin dans 17 cas, général en deux temps, avec grand succès ; 4 opér seulement succombèrent, les autres vivent depu longtemps en excellent état général et local.

L'âge d'élection pour l'opération serait entre 5 7 ans.

La technique est minutieusement décrite, ainsi q les accidents possibles, dans cet article richem illustré.

Le rectum s'accoutume à sa nouvelle fonction et malade arrive à retenir ses urines 3 à 4 heures jour et rapidement toute la nuit, sans gêne. La m tion anale est en moyenne de 110 gr. Elle peut ê retenue facilement jusqu'à 280 gr. Le maximum a de près de 800 gr.

L'infection urinaire trouble ces résultats et bâte désir d'évacuation.

Un léger degré d'infection urinaire n'altère l'état général. Le fonctionnement rénal est ordi rement bon.

Chez l'homme, des opérations reconstructives organes génitaux externes permettent quelque ensuite la satisfaction de ses instincts naturels ; c la femme, il n'y a aucun obstacle au mariage e la maternité. Le grand bassin et la disjonction d symphyse pubienne rendent l'accouchement fac

Robert Clément.

A. Tudor Edwards. ***Technique chirurgicale abcès du poumon*** (*The British Journal of Surg* tome XVII, nº 65, Juillet 1929). — Si l'abcès du p mon ne s'est pas spontanément évacué par bronches, si le traitement médical, et notamment injections d'arsénobenzol lorsqu'il y a des spiroch dans les crachats, a été inefficace, si le drainage attitude n'est pas suffisant, on peut avoir recour drainage chirurgical d'un abcès du poumon.

Il ne faut négliger aucun *soin préparatoire* : i tion intra-rectale de glucose, cardiotoniques, hypnotiques permettant le sommeil pour que le lade soit dans les meilleures conditions physique

L'anesthésie locale, précédée d'une injection d'a pine et d'hyoscine, est la méthode de choix. L'infi tion des nerfs intercostaux par l'anesthésie su il est inutile de recourir à l'anesthésie rachidie

Il est plus commode d'aborder les abcès des lobes supérieurs par une incision axillaire, le lobe moyen droit par voie antérieure et les lobes inférieurs par des incisions postérieures.

Après résection d'une côte, on ponctionne l'abcès. Si l'abcès est profond, on peut laisser l'aiguille en place et inciser le poumon le long de l'aiguille. On peut élargir la petite plaie avec des écarteurs, mais il est mieux de le faire avec un thermocautère. Les hémorragies sont rarement sérieuses et peuvent être arrêtées par tamponnement. Il faut éviter que la gaze ne pénètre dans les bronches, on draine avec un tube souple. Lorsque les adhérences ne sont pas suffisantes, il vaut mieux opérer en deux temps. Un paquet de gaze iodoformée, laissé au contact de la plèvre pariétale indemne, provoque en 6 à 8 jours, des adhérences. Alors seulement, on ouvre l'abcès.

Les *soins post-opératoires* sont minutieux. Le drainage doit être maintenu jusqu'à ce que l'expectoration soit devenue négligeable.

Pour éviter la formation d'une bronchectasie secondaire, il est quelquefois bon de faire une phrénicectomie. Si la dilatation des bronches se développe malgré cela, on peut être appelé à faire une thoracoplastie complète. ROBERT CLÉMENT.

EDINBURGH MEDICAL JOURNAL

H. Whitrige Davies (de Leeds). ***Emplois thérapeutiques de l'acide carbonique*** (*Edinburgh medical Journal*, n. s., tome XXXVI, n° 7, Juillet 1929). — Après avoir étudié le rôle joué par l'acide carbonique dans le mécanisme régulateur de la respiration et de la circulation, dans l'équilibre acido-basique du sang et des tissus, W. D. passe en revue les applications thérapeutiques de ce gaz, que l'on peut utiliser en clinique.

Le CO^2 est un *stimulant de la respiration*. A la dose de 5 pour 100 de l'air inspiré, il double et triple le volume respiratoire par minute, chez les sujets normaux. Son efficacité varie suivant les cas pathologiques; elle est moindre dans l'emphysème chronique, augmentée dans la dyspnée cardiaque. Des expériences minutieuses ont permis à W. D. de constater que la réponse au gaz carbonique est augmentée dans les cas de circulation ralentie (sténose mitrale, par exemple) et d'acidose non gazeuse. Elle est diminuée au contraire lorsque le pouvoir du sang de combiner le CO^2 est augmenté, du fait d'une alcalose non gazeuse (comme l'ingestion de bicarbonate) ou dans une acidose gazeuse compensée, emphysème pulmonaire chronique.

Le gaz carbonique a une réelle valeur dans le traitement de plusieurs types de défaillance respiratoire, lorsque la respiration devient rapide et faible, comme dans certaines intoxications par les narcotiques, par l'alcool méthylique, l'hydrogène sulfureux, etc.

Le gaz carbonique est aussi utilisé en *anesthésie générale*. Très rapidement on s'est rendu compte quel rôle adjuvant il jouait dans l'anesthésie à l'éther, lorsqu'on adoptait la méthode de brassage qui consiste à faire respirer un mélange d'air expiré et d'éther. Mais, dans cette pratique, la proportion de CO^2 n'est nullement contrôlée et peut être considérable, et l'on emploie des appareils qui permettent de doser l'entrée de l'air ou d'ajouter un courant d'oxygène qui doit être, au moins de 1 litre à la minute. L'adjonction de CO^2 à l'éther permet d'obtenir une anesthésie profonde rapidement et au contraire de la maintenir longtemps légère.

Le gaz carbonique augmente légèrement la tendance aux hémorragies, mais cela n'est pas suffisant pour gêner le chirurgien. Le sang est rouge comme du sang artériel. Le CO^2 en anesthésie diminue les irrégularités respiratoires en position de Trendelenburg.

On emploie encore le CO^2 pour lutter *contre l'intoxication par l'oxyde de carbone*. Il provoque une rapide élimination du toxique et lutte contre l'alcalose. Le meilleur mélange est 94 pour 100 d'oxygène et 6 pour 100 de CO^2. Il a permis de sauver des malades moribonds.

Dans les *ascensions à grande altitude* le gaz carbonique lutte contre l'absence d'oxygène, stimule la respiration, la régularise et permet le sommeil à ceux qui ne peuvent dormir aux grandes altitudes.

Dans le *choc* et le *collapsus*, dans l'alcalose, l'inhalation de CO^2 trouve encore des indications, et le mieux est de l'administrer avec un masque.

ROBERT CLÉMENT.

ACTA DERMATO-VENEREOLOGICA (Stockholm)

Mousson (de Zurich). ***Lymphogranulomatose généralisée évoluant sous l'aspect clinique du mycosis fongoïde*** (*Acta dermato-venereologica*, tome X, fasc. 3, Juillet 1929). — Une femme de 39 ans présentait le tableau clinique typique d'un mycosis fongoïde avec lésions polymorphes et tumorales, ulcérations sur toute la surface du corps. A l'autopsie, on trouva des lésions très marquées des organes internes : ganglions lymphatiques, cœur, poumons, foie, reins, capsules surrénales, thyroïde, utérus, ovaire, dure-mère, langue. L'examen histologique de la peau et des tumeurs des organes internes montra le tableau typique de la lymphogranulomatose de Paltauf-Sternberg. On notait une absence complète d'éosinophiles et, par contre, un nombre considérable de cellules géantes de Sternberg.

On trouva dans l'ovaire des proliférations typiques de tissu lymphogranulomateux (ce qui est nouveau) et dans le myocarde des nodosités lymphogranulomateuses (ce qui est rare). Par contre, la rate n'était pas touchée; elle présentait seulement une légère tuméfaction.

Les altérations granulomateuses de la peau montrèrent tantôt un aspect typique, tantôt l'aspect d'un mycosis fongoïde et il était impossible de distinguer ces lésions de celles d'un mycosis véritable.

On a d'ailleurs soutenu l'identité des deux affections et Ziegler pensait que le mycosis fongoïde représente une lymphogranulomatose isolée de la peau.

R. BURNIER.

Perkel et Tarsis. ***Etiologie et prophylaxie des troubles méningés après la ponction lombaire*** (*Acta dermato-venereologica*, tome X, fasc. 3, Juillet 1929). — On connaît la fréquence des troubles méningés après la ponction lombaire : céphalée, vertiges, vomissements, parfois raideur de la nuque, douleurs lombaires, douleurs généralisées, convulsions, incontinence d'urine, plus rarement métrorragies, perte de connaissance, parésie des extrémités, des nerfs oculo-moteurs; enfin, on a rapporté des cas de mort consécutifs à la ponction lombaire (71 furent relatés par Schönbek en 1915).

P. et T. estiment que ces accidents consécutifs à la ponction diminuent de fréquence, de durée et d'intensité si l'on diminue le calibre de l'aiguille qui sert à ponctionner. Avec une aiguille fine, de diamètre extérieur inférieur à 1 mm., les accidents sont très rares.

P. et T. ont obtenu d'excellents résultats avec la canule d'Antoni-Wechselmann; grâce au calibre très fin de l'aiguille interne, la fréquence des troubles méningés a diminué de 20 pour 100 chez les femmes et leur intensité a été moins marquée. Malheureusement, la technique de cette double canule est compliquée; il faut changer fréquemment l'aiguille interne, qui se bouche facilement en raison de son petit calibre; la situation latérale des aiguilles gêne la piqûre de la peau qui est douloureuse; enfin, le liquide coule très lentement et, pour obtenir 8 cmc de liquide céphalo-rachidien, il faut 25 à 40 minutes, ce qui est très fatigant pour le malade comme pour le médecin. R. BURNIER.

BRATISLAVSKÉ LEKARSKE LISTY (Bratislava)

J. Horak. ***Cause de la mort dans les ruptures intrapéritonéales de la vessie*** (*Bratislavské Lekarske Listy*, tome IX, n° 9, Septembre 1929). — Les perforations de la vessie guérissent relativement vite, au moins chez les animaux, si l'urine n'était pas infectée et si l'ouverture n'était pas trop grande. La guérison est due à l'obturation de l'ouverture par la pointe de l'épiploon qui s'y accolle ensuite fortement.

L'urine se résorbe très vite dans le péritoine, et l'animal — à moins que l'urine n'ait pas disparu en temps suffisant — se rétablit facilement et rapidement.

Le péritoine ne réagit pas à l'urine stérile; il n'y a irritation que si l'urine était infectée ou si l'intestin a été également blessé lors du traumatisme.

Le choc consécutif possible doit être attribué uniquement au traumatisme qui a déterminé la perforation ou à une hémorragie abondante, mais nullement à l'irritation du péritoine ou à la fixation de l'urine sur le sympathique abdominal.

La cause immédiate de la mort dans la rupture intrapéritonéale est l'urémie, comme dans l'anurie rénale.

Klein. ***Rupture spontanée du muscle papillaire*** (*Bratislavské Lekarske Listy*, tome IX, n° 9, Septembre 1929). — D'après les données fournies par la littérature actuelle, la rupture du muscle papillaire se rencontre le plus souvent chez des hommes de 50-60 ans. La cause en est l'athérosclérose de l'artère coronaire, sauf dans un cas où il s'agissait, paraît-il, d'une myocardite syphilitique. L'athérosclérose entraîne la formation de foyers myomalaciques, par quoi la solidité des muscles papillaires se trouve notablement diminuée.

Aux 7 cas de la littérature actuelle l'auteur ajoute l'observation suivante :

Commerçant de 58 ans, qui se plaignait de troubles cardiaques depuis 2 ans environ. 4 jours avant son entrée à la clinique, il fut pris de douleurs violentes rétrosternales, irradiant entre les omoplates, mais non accompagnées du sentiment d'angoisse; quelquefois, sensations de crampes dans le membre supérieur gauche. Pouls : 84-100, pression sanguine, maxima : 90 ; minima : 70. Le 19 Décembre 1928, au soir, accès qui dura environ 45 minutes; sueur froide au visage; pouls à peine perceptible. Le malade mourut dans l'accès. A l'autopsie, le muscle papillaire fut trouvé rompu vers le tiers supérieur. Les artères coronaires — surtout la droite, dont la branche ascendante était même partiellement bouchée par un thrombus — étaient fortement athéroscléreuses. Le ventricule gauche, et particulièrement le muscle papillaire, renfermaient de grands foyers myomalaciques.

Fr. Koza. ***La valeur de l'image clinique et rœntgénologique pour le diagnostic de la sténose duodénale incomplète*** (*Bratislavské Lekarske Listy*, tome IX, n° 9, Septembre 1929). — Description de 3 cas curieux de sténose duodénale incomplète.

1° *Tumeur de la tête du pancréas*, diagnostiquée au moyen de la radiologie. La tête du pancréas infiltrée s'enfonçait dans le duodénum; obstruant le canal cholédoque, elle détermina un ictère grave, que la cholédoco-duodénostomie fit disparaître rapidement. La malade se rétablit en 8 mois. Pénétration par le duodénum entièrement libre. L'évolution de l'affection et l'état général excluent une tumeur maligne; il s'agissait probablement d'une tumeur due à une pancréatite chronique (Riedel);

2° *Diverticulose du duodénum*. Par les rayons Rœntgen, l'auteur a identifié, à l'angle duodéno-jéjunal, un diverticule qui se projetait sur la petite courbure de l'estomac en projection dorso-ventrale. Le diagnostic différentiel fut facile par l'emploi de la sonde duodénale et l'insufflation d'air. A l'opération, deux autres diverticules, que la skiagraphie n'avait absolument pas décelés, furent découverts autour du muscle de Treitz. Le diverticule originel, constaté aux rayons Rœntgen, ne fut plus trouvé et échappa donc à la résection; après une euphorie d'une année, il fut de nouveau constaté à sa place initiale;

3° *Sténose de l'angle duodéno-jéjunal due à la traction du muscle de Treitz, et entéroptose totale*. Le passage fut entièrement libéré par la section du tendon musculaire et tous les signes de sténose disparurent en même temps.

L'auteur tire les conclusions suivantes touchant la

valeur diagnostique des signes cliniques et radiologiques, Les signes cliniques ne sont ordinairement pas si prononcés et si immuables, surtout au début, qu'on en puisse conclure avec sûreté à une sténose exclusivement duodénale; les indications rœntgénologiques sont, dans ce css, décisives. Si les signes sont déjà évidents et que le diagnostic clinique général s'impose, il est très difficile, sinon tout à fait impossible, de localiser l'obstacle ; on devra alors se contenter du vieux diagnostic de l'ère antéradiologique de « sténose postpylorique ». C'est précisément la tâche première du radiologue de localiser l'obstacle; la connaissance des troubles consécutifs progressifs, et surtout la détermination du caractère de l'obstacle, sont de son domaine exclusif. Dans l'estimation des signes cliniques et rœntgénologiques il importe de se rappeler que l'importance des uns et des autres ne coïncide pas suivant une loi absolue : un duodénum peu dilaté dans le tableau rœntgénologique peut donner un ensemble très riche de symptômes cliniques et réciproquement.

VRATCHEBNOÏÉ DÉLO

(*Kharkov*)

B. P. Kouchelevski. ***En faveur de l'incubation prolongée du paludisme et essai de son explication*** (*Vratchebnoïe Délo*, tome XII, nº 6, 1929). — De nombreux travaux russes ont été consacrés, depuis fort longtemps, en faveur de la thèse qui admet une incubation prolongée du paludisme. Ainsi, les cas de maladie enregistrés au printemps ne seraient que la conséquence d'une infection contractée pendant l'été précédent. Pour la région de Saratov, pour ne citer qu'un seul exemple frappant, 52 à 77,3 pour 100 de cas dits « de début de printemps » doiveut, d'après une enquête, leur origine à l'action du moustique exercée longtemps auparavant. D'après l'auteur, il y a lieu, parfois, de supposer une incubation de 10 à 11 mois.

L'explication du fait d'une incubation prolongée incontestable serait à tenter en relation avec l'influence de l'insolation printanière. Certains organismes s'en trouvent affaiblis de telle sorte que la résistance envers une infection chronique et latente laisse à désirer. Des données statistiques montrent que non seulement le paludisme, mais la tuberculose et tant d'autres infections chroniques trahissent des fluctuations saisonnières avec point culminant au printemps.

L'éveil des infections après l'hiver s'expliquerait par l'atavisme. D'après K., l'infection reste latente au cours de l'hiver, pendant la période rudimentaire que l'on pourrait appeler d'hibernation de l'homme. Divers facteurs nocifs et des moyens artificiels peuvent troubler l'état d'immunité saisonnière. On réussit à raccoureir l'incubation prolongée du paludisme et à déclencher ses symptômes par des injections intraveineuses répétées de petites doses d'iodure de sodium. G. Ichok.

N. A. Sokolow et Ch. A. Nigearadzé. ***La perméabilité du foie pour la cholestérine chez les personnes atteintes d'une maladie du foie*** (*Vratchebnoïé Délo*, t. XII, nº 7, 1929). — Des personnes saines ou atteintes d'une maladie du foie ont été, à partir de 1925, soumises à des examens permettant d'évaluer la perméabilité du foie pour la cholestérine administrée par voie parentérale. Tout d'abord, au moyen d'une sonde duodénale, on déterminait à jeun la teneur de la bile en cholestérine. Ensuite, le même jour, ainsi que les deux suivants, 3 gr. de cholestérine mélangés à 20 gr. de beurre étaient prescrits au malade. Chaque jour, pendant l'expérience et le lendemain, on prélevait la bile grâce à la sonde afin de la soumettre à un examen d'après la méthode Autenrieth-Funk.

L'homme sain ne réagit pas par une augmentation de la cholestérine dans sa bile à la suite de l'introduction augmentée du produit. Il est à remarquer que les personnes saines de même que celles qui présentent une maladie du foie fournissent des chiffres inconstants.

Tandis que les cirrhoses et les cholécystites ne se distinguent pas par une rétention de cholestérine dans le ssng et une sécrétion augmentée par la bile, par contre les cas d'ictère infectieux et catarrhal montrent une rétention marquée dans le sang et une élimination augmentée dsns la bile. Parfois, on avait affaire, chez les malades en question, jusqu'à 10 gr. de cholestérine par litre dans le sang et 1 gr. 8 dans la bile. G. Ichok.

H. I. Vainstein. ***Sur le traitement du diabète par les inhalations d'oxygène pur*** (*Vratchebnoïé Délo*, tome XII, nºˢ 13-14, 1929). — Labbé et Perochon ont constaté l'influence bienfaisante de l'ozone sur la glycosurie. Plus tard, Iacoby a remarqué une diminution du taux sanguin de sucre à la suite des inhalations d'oxygène. V., qui a entrepris des recherches sur une vaste échelle, arrive aux conclusions également très favorables.

L'oxygène pur, donné une ou plusieurs fois chaque jour, par inhalation, pendsnt une quinzaine de minutes, entraîne une diminution du poids spécifique des urines du diabétique. Parfois la baisse est très prononcée pour aboutir aux chiffres su-dessous de la normale. En même temps, l'on constate une diminution du sucre dans les urines, diminution marquée qui peut se terminer par la disparition de la glycosurie.

Dans le sang, le sucre n'échappe pas non plus à l'action de l'oxygène inspiré. L'hyperglycémie s'atténue et disparaît même après un certain nombre de jours avec des séances répétées d'inhalation. Parfois, le résultat n'est visible qu'après 2 à 3 semaines.

L'emploi de l'oxygène exerce une action favorable sur les symptômes subjectifs désagréables. Dans aucun cas, un traitement prolongé ne provoque de phénomènes fâcheux, même après utilisation de longue durée. G. Ichok.

ANNALI DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

(*Milan*)

Armando Vignali (Ferrare). ***Le frisson physiologique post-partum*** (*Annali di Ostetricia a Ginecologia*, tome LI, 31 Mai 1929, nº 5). — Ce frisson physiologique consiste essentiellement en horripilation, sensation de froid et tremblement, avec manifestations sanguines et circulatoires (modification du pouls qui s'accélère, de la pression maxima qui baisse, du nombre relatif des globules rouges qui augmente, du nombre des globules blancs qui baisse avant de présenter de l'hyperphagocytose). Ce sont là phénomènes identiques ou ressemblant beaucoup à ceux du choc hémoclasique ou du syndrome hématique sympathique. La cause en serait donc une perturbation intense du système neuro-végétatif.

V. fait remarquer de plus que les variations de durée et d'intensité de cet ensemble symptomatique sont en rapport avec la constitution de l'accouchée et l'excitabilité de son système vago-sympathique; et aussi que ces manifestations n'apparaissent pas chez toutes les accouchées, mais surtout chez celles dont le type constitutionnel est à prédominance sympathicotonique, comme en témoignent les épreuves pharmaco-dynamiques.

Le point de départ de cet ébranlement neuro-végétatif serait la pénétration dans la circulation maternelle de protéines d'origine placentaire (peptones, albumoses) qui influenceraient les centres nerveux supérieurs ou troubleraient les échanges cellulaires des organes et des tissus.

Cette pénétration se ferait dans les lacunes de l'endomètre restées béantes, sous l'influence de la contraction et de la rétraction utérines, pendant le détachement de l'insertion normale du placenta. André Guibal.

RIVISTA DI CLINICA MEDICA

(*Florence*)

A. Lunedei. ***Les réflexes cutanéo-viscéraux et l'épreuve de la diurèse provoquée par la sinapisation lombaire*** (*Rivista di Clinica medica*, nº 5, 15 Mars 1929). — Exposé des résultats donnés récemment par l'étude des réflexes cutanéo-viscéraux et particulièrement cutsnéo-gastriques. L. décrit les variations de la diurèse provoquées chez les sujets sains et malades par la sinapisstion de la région cutanée correspondant aux racines D_{10}-L_1.

Normalement, on observe dans une première phase une augmentation de la diurèse et une diminution du poids spécifique de l'urine, et, dans une deuxième phase, des réactions inverses. L'épreuve donne des résultats nettement différents chez les sujets atteints d'affections rénales ou de déséquilibre neuro-végétatif.

Le mécanisme de cette réaction paraît consister en un réflexe vaso-dilatateur du rein, à point de départ cutané et dont l'arc passe par la moelle. F. Coste.

Carlo Visani. ***Séro-floculation à la résorcine dans la tuberculose*** (*Rivista di Clinica medica*, nº 5, 15 Mars 1929). — La réaction à la résorcine peut être quelquefois positive avec le sérum des non tuberculeux, et négative avec des sérums tuberculeux. Tout en n'étant pas une épreuve absolument spécifique, elle a une valeur considérable, supérieure à celle de tout autre procédé biologique pour le diagnostic de tuberculose. De plus, oscillant parallèlement aux poussées évolutives de la maladie, sa signification n'est pas moindre pour le pronostic. Toutefois, pour établir dans quelle mesure exacte le pronostic à longue échéance peut se trouver précisé par cette réaction, il conviendrait de suivre pendant un temps suffisant et l'évolution clinique de la maladie, et la courbe de la floculation à l'aide de prises de sang répétées. F. Coste.

ARCHIVIO DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

(*Bologne*)

L. Condorelli. ***Recherches cliniques et expérimentales sur l'alternance électrique*** (*Archivio di Patologia e Clinica medica*, tome VIII, fasc. 4, Avril 1929). — C. tire de ses recherches cliniques et expérimentales et de l'analyse critique des travaux parus sur l'alternance du cœur les conclusions suivantes :

1º L'alternance électrique est un phénomène tout à fait distinct de l'alternance mécanique du cœur, avec laquelle elle coïncide bien rarement ;

2º On ne peut mettre en doute l'existence d'une alternance électrique des oreillettes, à côté de l'alternance ventriculaire. Cette alternance auriculaire (alternance de P), constatée pour la première fois par C., témoigne peut-être d'un trouble du dromotropisme de l'oreillette ;

3º L'alternance électrique ventriculaire peut être simple ou complexe. Simple, elle porte soit sur l'onde R, soit sur l'onde S, soit sur l'onde T. Complexe, elle consiste soit en un élargissement alternant du complexe Q.R.S., produisant un trouble alternant dans le dromotropisme du faisceau de His, soit en une succession alternante de dextro- et de lévogrammes, montrant une dépression du dromotropisme dans les deux branches du faisceau de His, soit dans une altération simultanée de T et S et, dans ce cas, les variations de ces deux ondes se font en sens opposé ;

4º L'alternance de S et de T peut relever d'un trouble du dromotropisme ; dans quelques circonstances, elle traduirait un trouble de la formation du stimulus ;

5º L'alternance de T est souvent précédée d'une période où se manifestent des variations cycliques de l'ampleur de T, en rapport avec les mouvements respiratoires ; il en résulterait donc que l'excitation respiratoire vagale peut influer grandement sur les caractères de T.

L'onde T est liée probablement aux phénomènes électriques qui accompagnent la contraction du sarcoplasme, donc à la fonction tonique du myocarde. On pourrait conclure que la déformation et l'alternance de T présentent une signification différente

des déformations et de l'alternance de l'oscillation initiale du complexe ventriculaire ;

6°. Le stimulus vagal respiratoire peut modifier complètement l'électrocardiogramme ventriculaire ;

7° L'alternance électrique ventriculaire peut se manifester en clinique pendant le fibrillo-flutter;

8° L'alternance dromotropique observée par C. dans un cas de fibrillation auriculaire consistait non seulement dans la variation alternante du parcours suivi par l'onde d'excitation, mais dans l'apparition alternante d'un bloc de branches. Ce type d'alternance qui marque un trouble grave du dromotropisme du système de conduction fut observé par C. chez un myocarditique qui mourut deux mois plus tard, ayant également présenté transitoirement de l'anarchie ventriculaire. F. Coste.

Luigi Ferrannini. ***Action des tréphones embryonnaires sur le développement corporel*** (*Archivio di Patologia e Clinica medica*, tome VIII, fasc 4, Avril 1929). — F. a expérimenté l'effet de divers extraits provenant d'embryons de bovidés (ou de poudre d'organes désséchés) sur la croissance. Ces extraits d'organes ou de tissus (tréphones) n'ont jamais d'action dangereuse, et d'ordinaire ils favorisent le développement corporel, surtout lorsque celui-ci est retardé par l'hypotrophie ou le rachitisme. Ils font augmenter le poids du sujet, moins souvent sa taille. Cela varie d'ailleurs d'un enfant à l'autre et selon l'âge, mais toujours l'on note entre le développement statural et l'accroissement pondéral un antagonisme (loi de Viola). F. Coste.

Mario Barbara. ***Vaccination antituberculeuse et biochimie sanguine*** (*Archivio di Patologia e Clinica medica*, tome VIII, fasc. 4, Avril 1929). — Chez les enfants hérédo-tuberculeux, sans lésions décelables, que B. considère comme fragilisés vis-à-vis de la tuberculose, et stigmatisés par des signes somatiques de débilité et de prédisposition, l'examen chimique du sang décèlerait habituellement de l'hyperglycémie, de l'hyperuricémie, de l'hyperpotassémie et de l'hypocholestérinémie. Le calcium est le plus souvent normal.

30 à 40 jours après l'injection intradermique de vaccin de Maragliano (à base de tuberculine et de bacilles tués), c'est-à-dire au moment où, selon cet auteur, apparaissent les anticorps spécifiques, on retrouve les mêmes caractéristiques biochimiques avec toutefois deux modifications importantes : la disparition ou l'atténuation de l'hyperglycémie, et l'apparition d'une *hypercholestérinémie constante*. Cela permet de présumer que les phénomènes de défense suscités par la vaccination antituberculeuse, et l'immunité relative qu'elle engendre, sont en rapport étroit avec le taux de la cholestérine. L'augmentation constante et importante de cette substance dans le sang s'accorde avec l'intervention souvent soulignée des lipoïdes dans les processus de défense antituberculeuse. F. Coste.

Aldo Martinolli. ***Etiologie de la lymphogranulomatose maligne*** (*Archivio di Patologia e Clinica medica*, tome VIII, fasc. 4, Avril 1929). — M., après avoir rappelé les principales références bibliographiques sur l'étiologie de la lymphogranulomatose maligne, décrit une lésion singulière de type granulomateux qu'il a observée au cours d'une expérience sur la transmission transplacentaire de la tuberculose.

Des fragments de foie et de rate provenant de 12 fœtus, extraits par avortement provoqué de femmes phtisiques, avaient été inoculés à des cobayes qui furent suivis durant une période variant de 9 à 16 mois. Sacrifiés à ce moment, on ne décela chez eux aucune lésion viscérale. Leur rate, prélevée aseptiquement, fut inoculée à une nouvelle série de cobayes. Au bout de 3 mois seulement, ces cobayes, autopsiés, montraient des lésions manifestes au niveau du foie, du poumon, des ganglions lymphatiques : il s'agissait, d'une part, d'altérations tuberculeuses évidentes et, d'autre part, au niveau des ganglions inguinaux d'un de ces animaux, de lésions tout à fait semblables à celles de la lymphogranulomatose maligne. Il a été impossible, en dépit de recherches persévérantes, de mettre en évidence dans ces ganglions le moindre bacille de Koch. Des microphotographies jointes au travail de M. témoignent du type lymphogranulomateux de la lésion et de la présence de cellules de Sternberg.

La conclusion est bien entendu favorable à l'étiologie tuberculeuse de la maladie de Hodgkin : les formes filtrantes de bacille en seraient la cause. F. Coste.

S. Caccuri. ***Glandes salivaires et glycémie*** (*Archivio di Patologia e Clinica medica*, tome VIII, fasc. 4, Avril 1929). — On a proposé un traitement chirurgical du diabète par la ligature des conduits de Sténon. C. a voulu vérifier si la suppression de la fonction parotidienne faisait baisser la glycémie.

Ses expériences sur le chien lui ont montré que la ligature du canal de Sténon n'a aucune influence sur elle et n'augmente pas la tolérance vis-à-vis des hydrates de carbone. En revanche, l'ablation des parotides, des sous-maxillaires et sublinguales provoque des oscillations de la glycémie, et finalement l'abaisse. Le sucre combiné est souvent augmenté, ce qui pourrait faire penser à une utilisation meilleure du glucose, due à l'insulinémie réactionnelle. Enfin, en injectant à des lapins un extrait aqueux glycériné de glandes salivaires, on obtient une élévation du sucre libre. L'injection intraveineuse de salive détermine des oscillations en sens variable de la glycémie. F. Coste.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (*Chicago*)

H. Johansen (de Copenhague). ***L'achylie dans l'anémie pernicieuse après le traitement par le foie*** (*Journal of American medical Association*, tome XCII, n° 21, 25 Mai 1929). — Dans la plupart des observations d'anémie pernicieuse traitée par l'opothérapie hépatique, l'achylie gastrique s'est montrée persistante, malgré l'amélioration du syndrome clinique et hématologique. Dans quelques cas, cependant, on a pu constater un retour de l'acide chlorhydrique à son taux normal. J. a porté son attention sur ce point particulier. Il a observé à ce point de vue 19 malades traités par le foie en nature ou les extraits hépatiques depuis 3 à 17 mois. Chez tous, l'achylie avait été constatée avant l'institution du traitement, et celle-ci, dans certains cas, avait précédé de longtemps l'apparition des phénomènes anémiques. Dans ces cas, J. s'est aidé de la réaction à l'histamine, dont on sait qu'elle est capable de faire reparaître une sécrétion chlorhydrique jusqu'alors absente. Dans tous les cas observés, l'achylie persistait sans changement, et l'injection d'histamine se montra impuissante à la modifier.
Pierre-Noel Deschamps.

E. Reutscher, F. Vanzant et L. Rowntree (de Rochester). ***Les rhumatismes dans leur rapport avec les conditions climatériques*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCII, n° 24, 15 Juin 1929). — R., V. et R. ont étudié, d'après 367 rhumatisants, l'influence, sur la production ou l'exacerbation des douleurs, de la température, de la pression barométrique et de l'état hygrométrique de l'atmosphère. Les observations portèrent sur des périodes variant de 2 semaines à 1 an. 300 des malades observés étaient porteurs de rhumatisme chronique simple, 32 de la goutte. Dans 72 pour 100 des cas, l'accroissement des phénomènes douloureux allait de pair avec la chute de la pression barométrique, et l'élévation de celle-ci s'accompagnait d'amélioration. R., V. et R. ont spécialement étudié les sujets qui affirmaient pouvoir prédire le temps qu'il ferait plusieurs jours à l'avance suivant les caractères de leurs douleurs. Dans 77 pour 100 des cas, l'exagération des paroxysmes douloureux annonçait réellement, en effet, la chute de la pression barométrique.

D'autre part, dans 90 pour 100 des cas, l'imminence ou l'apparition d'un orage coïncidait également avec l'exagération des douleurs.

Enfin, l'influence du froid et de l'humidité, qui est bien connue, est également confirmée par la statistique présentée ici. Quant à la pathogénie de ces influences barométriques sur la production des douleurs, elle demeure encore aujourd'hui fort mystérieuse. Pierre-Noel Deschamps.

W. Dandy (de Baltimore). ***Où se fait l'absorption du liquide céphalo-rachidien?*** (*Journal of the American medical Association*, t. XCII, n° 24, 15 Juin 1929). — Il est classiquement admis que le liquide céphalo-rachidien passe des espaces sus-arachnoïdiens dans les sinus veineux du crâne par l'intermédiaire des granulations de Pacchioni (expériences anciennes de Key et Retzius). Mais cette façon de voir a été infirmée depuis qu'on sait que les granulations en question sont des formations acquises qui n'existent pas chez l'enfant. Suivant Wedd, il existerait dès la naissance de microscopiques replis de la pie-mère qui ne seraient que des granulations de Pacchioni en miniature et assureraient l'absorption du liquide céphalo-rachidien.

Certaines expériences de D. vont à l'encontre de cette manière de voir. En premier lieu, si l'on sépare complètement le cerveau de ses connexions avec les sinus veineux, même en laissant intactes les granulations de Pacchioni, et que l'on conserve les animaux plusieurs mois, l'absorption du liquide céphalo-rachidien ne se fait plus.

D'autre part, après injection d'une substance colorante dans le sac arachnoïdo-pie-mérien, le colorant apparaît dans le sang 2 minutes après l'injection, alors qu'il ne vient en contact avec les granulations de Pacchioni qu'au bout d'une heure. Il faut donc admettre, suivant D., que l'absorption se fait tout le long des espaces sous-arachnoïdiens, par l'intermédiaire des arborisations capillaires de la pie-mère.
Pierre-Noel Deschamps.

H. Alexander et C. Eyermann (de Saint-Louis). ***Le purpura allergique*** (*Journal of American medical Association*, tome XCII, n° 25, 22 Juin 1929. — Comme complément à des observations précédemment rapportées, A. et G. relatent 6 nouveaux cas de purpura grave (type purpura de Henoch) en relation avec des phénomènes allergiques d'ordre alimentaire. A. et E. rappellent à ce propos des observations antérieures de divers auteurs et notamment d'Osler. Dans chacune des observations, l'ingestion de certains aliments entraînait l'apparition de taches purpuriques s'associant à des placards urticariens et à des douleurs abdominales très vives. L'un des malades présenta, à la suite de ces accidents, une néphrite aiguë qui se prolongea plusieurs mois. Un autre malade présentait des accidents d'ordre asthmatique, deux autres du coryza spasmodique. Les facteurs alimentaires déclenchent le syndrome en question étaient variables suivant les cas. L'évolution était toujours favorable. L'influence des aliments n'apparaissait d'ailleurs comme absolument certaine que dans quatre cas sur six. Mais, dans les deux derniers cas, il y avait coïncidence de purpura et de manifestations allergiques d'un autre ordre.
Pierre-Noel Deschamps.

Traitement des abcès du poumon

« Il n'y a pas de lésion organique plus rare, disait Laennec, qu'une véritable collection de pus dans le tissu pulmonaire. » La rareté de l'abcès du poumon a considérablement diminué, soit en raison des moyens de diagnostic plus précis dont nous disposons aujourd'hui, soit parce que cette affection a réellement augmenté de fréquence. La diversité de ses formes anatomo-cliniques et l'absence de signes permettant de prévoir son évolution et son pronostic rendent impossible l'établissement d'un schéma thérapeutique applicable à la majorité des cas.

*Du point de vue pratique, on distingue l'*abcès aigu *et* non fétide *qui aboutit à une vomique souvent curative ou qui devient secondairement* chronique *et* fétide *et l'*abcès fétide d'emblée *dont l'évolution presque toujours* chronique *entraîne la mort à plus ou moins longue échéance.*

La thérapeutique de cette affection a largement bénéficié des travaux récents d'Archibald et de E. A. Graham en Amérique, de Bezançon, Sergent, Léon Kindberg et Kourilsky en France.

I. — Traitement médical.

Guérison spontanée. — La guérison spontanée par vomique se produit dans un quart des cas environ et le plus souvent quand il s'agit d'abcès aigus et non fétides. L'expectation s'impose donc au début, avant l'apparition de la vomique et le passage à la chronicité.

Traitement symptomatique. — Le traitement symptomatique variera suivant les signes prédominants : huile eucalyptolée en injections sous-cutanées, digitaline, potion à l'acétate d'ammoniaque et au benzoate de soude, injections de métaux colloïdaux.

Contre la fétidité, on utilisera la teinture d'ail :

Teinture d'ail . . . . 60 gr.
XV gouttes deux fois chaque jour.

Traitement spécifique. — Il faudra essayer son application dès que la nature bactériologique de la suppuration aura pu être déterminée, et, suivant les cas, il y aura lieu d'utiliser un vaccin, un sérum ou l'une des médications arsenicale ou émétinienne.

Vaccinothérapie. — Elle consiste en injections sous-cutanées au niveau de la région deltoïdienne ou sous-claviculaire d'un *auto-vaccin*, préparé à partir des expectorations, tous les deux ou trois jours, à doses progressivement croissantes, en tenant compte des réactions locales et générales.

Cette thérapeutique, inoffensive, donne parfois des résultats; mais si elle produit assez souvent une certaine amélioration des symptômes, elle a bien rarement une action réellement curative.

Sérothérapie. — Le *sérum mixte antigangreneux* peut avoir une action favorable dans les cas d'abcès fétides.

On l'emploie en injections sous-cutanées quotidiennes de 50 cmc. jusqu'à l'apparition d'une réaction sérique.

Arsénicothérapie. — En raison de l'action spécifique de la médication arsenicale contre les spirochètes, son emploi apparait comme légitime dans les abcès fétides, malgré que les résultats obtenus soient incertains.

On utilisera soit la voie gastrique :

Stovarsol en comprimé de . . . . . . 0 gr. 25
Deux comprimés par jour.

soit la voie intra-veineuse :

Novarsénobenzol . . . . . 0 gr. 15 à 0 gr. 20
en injection hebdomadaire pendant quatre à six semaines.

Emétinothérapie. — En présence d'un abcès du poumon, il faut toujours penser à la possibilité de son origine amibienne et rechercher avec grand soin s'il n'existe pas chez le malade quelque antécédent dysentérique; on instituera le traitement d'épreuve, même si la recherche des kystes et des amibes donne un résultat négatif.

S'il s'agit d'un abcès amibien, l'action du traitement suivant sera aussi rapide qu'efficace :

Emétine (chlorhydrate d'). . . Quatre centigr.
En une ampoule de 1 cmc, n° 12.

une injection sous-cutanée matin et soir pendant six jours consécutifs.

Dans la plupart des cas le traitement médical de l'abcès du poumon, sauf s'il s'agit d'abcès amibien, n'empêche pas la marche inexorable de la maladie et c'est vers le traitement chirurgical qu'il convient de s'orienter.

G. Poix.

Traitement des abcès du poumon

(*suite*)

II. — Traitement chirurgical.

Le traitement chirurgical se propose, soit d'agir indirectement sur la lésion par les diverses méthodes de collapsothérapie, soit de l'atteindre directement par la bronchoscopie thérapeutique ou par une intervention sanglante, visant au drainage de l'abcès (pneumotomie) où à sa destruction radicale (lobectomie).

Il ne doit être mis en œuvre ni *trop tôt* ni *trop tard*, c'est-à-dire après la période aiguë, si on ne constate aucune tendance à la guérison spontanée, et au début de la phase chronique, avant que les lésions destructives ne soient devenues trop importantes et trop étendues pour qu'une tardive intervention puisse en arrêter l'évolution irrémédiable.

A. — **Méthodes collapsothérapiques.** — Elles comprennent le pneumothorax, la phrénicectomie, la thoracoplastie et le décollement extra-pleural.

Pneumothorax artificiel. — Outre que le pneumothorax n'est pas toujours réalisable, en raison du processus de symphyse qui s'est déjà établi au niveau de la lésion, sa réalisation peut être dangereuse, si l'abcès est superficiel, proche de la plèvre, qui peut être perforée, d'où production d'un pyo-pneumothorax. Le pneumothorax n'est donc indiqué que dans les cas où l'abcès est profond, mais l'expérience a montré que le plus souvent la rétractilité pulmonaire est impuissante à collaber la cavité de l'abcès, en raison des lésions inflammatoires et scléreuses qui l'enveloppent d'une coque épaisse et rigide. C'est pourquoi cette méthode ne constitue qu'un palliatif dont l'application ne doit guère être retenue.

Phrénicectomie. — La phrénicectomie ne présente pas les mêmes inconvénients que le pneumothorax; elle s'adresse plus particulièrement aux abcès localisés à la base, mais elle ne doit intervenir, en raison de ses résultats insuffisants et éphémères, que comme une opération préliminaire, précédant une méthode de traitement plus radicale.

Thoracoplastie extra-pleurale. — La thoracoplastie, du type Brauer-Sauerbruch, est surtout indiquée contre les abcès superficiels du lobe supérieur, bien drainés, et ne déterminant pas de réactions fébriles. Dans ces cas assez exceptionnels, cette opération, pratiquée sous anesthésie locale, a donné quelques résultats intéressants.

Décollement extra-pleural. — Le décollement extra-pleural présente les mêmes indications que la thoracoplastie et le choix de l'un ou l'autre de ces procédés collapsothérapiques appartient au chirurgien.

B. — **Interventions directes sur la lésion.** — Elles comprennent la bronchoscopie, la pneumotomie, la lobectomie totale ou partielle.

Bronchoscopie thérapeutique. — Appliquée surtout par les Américains, cette méthode consiste à pratiquer à l'aide du bronchoscope l'aspiration des sécrétions purulentes, à débarrasser les conduits bronchiques des croûtelles qui les obstruent, à laver le foyer d'infection et, au besoin, à y instiller des substances médicamenteuses.

Les résultats immédiats sont très favorables : l'expectoration se réduit, la fétidité diminue, l'état général s'améliore; mais on ne constate pas de guérison définitive.

La méthode n'en demeure pas moins très intéressante, parce que, appliquée par des mains expertes, elle ne présente aucun danger et, dans les formes chroniques et peu évolutives, apporte aux malades une amélioration à leur pénible infirmité.

Pneumotomie. — Elle consiste, après résection costale et protection de la cavité pleurale, à inciser largement l'abcès et à établir ensuite un drainage efficace; indiquée dans les cas d'abcès solitaire, localisé, dont le pus est bien collecté, sans lésions secondaires importantes, la pneumotomie, appliquée en temps opportun, a donné des succès remarquables, avec une faible mortalité opératoire. Malheureusement il arrive trop souvent qu'après une amélioration considérable, l'abcès se reforme et poursuit son évolution.

Lobectomie totale. — L'exérèse du lobe malade constitue logiquement l'opération radicale qui doit mettre à l'abri des récidives; réalisée surtout par les chirurgiens américains en un ou plusieurs temps, elle a donné une mortalité opératoire qui dépasse la moitié des cas. Malgré qu'elle puisse devenir la méthode de l'avenir, elle doit être l'objet de progrès techniques considérables avant de passer dans la pratique.

Lobectomie partielle. — En présence des dangers de l'exérèse d'un lobe, on a préconisé la lobectomie partielle avec destruction du foyer purulent au thermocautère, ou à l'électro-coagulation, ou encore à l'aide du bistouri à haute fréquence La mortalité est minime, les résultats obtenus paraissent encourageants, l'avenir jugera la valeur définitive de la méthode.

L'abcès du poumon est une affection grave dont le pronostic est toujours incertain. Quand il est aigu et non fétide, il peut guérir spontanément ou avec l'aide de traitements médicaux, symptomatiques et spécifiques. Le traitement des abcès chroniques et fétides nécessite l'étroite collaboration du médecin et du chirurgien, chaque cas constituant un problème particulier dont la solution peut être audacieuse, en raison de l'évolution inexorable de l'affection abandonnée à elle-même.

G. Poix.

REVUE DES JOURNAUX.

L'ENCÉPHALE

(Paris)

Toulouse, Marchand et Schiff. *Les encéphalites psychosiques [étude anatomo-clinique]* (*L'Encéphale*, tome XXIV, n° 5, Mai 1929). — Sous ce titre les auteurs rassemblent une série d'observations fort intéressantes et suggestives de syndromes qui se présentent sous la forme de dépression mélancolique, de neurasthénie ou de psychasthénie, de délires d'influence, etc. A un certain moment apparaît, avec de la température, de l'excitation maniaque, du délire aigu; la maladie tourne court et le malade succombe rapidement comme à une infection suraiguë ou subaiguë. L'autopsie montre des lésions destructives atteignant les cellules nobles de l'encéphale, moins souvent et plus discrètement les éléments de soutien et les vaisseaux. Ce sont donc des encéphalites qui ont fait leurs preuves à la fois cliniques et anatomiques. L'examen du liquide céphalo-rachidien, l'hémoculture sont presque toujours négatifs.

On ne peut être fixé sur leur cause; certaines cependant se rapprocheraient peut-être des encéphalites épidémiques par des symptômes d'ordre oculaire; mais on connaît le polymorphisme de ces dernières affections suivant leurs localisations qui peuvent intéresser toutes les parties du névraxe. De plus, ces dites encéphalites comportent probablement des germes, des virus filtrants variés.

Il faut donc se méfier de ces syndromes psychiques divers survenant chez des sujets jusque-là indemnes et s'accompagnant d'élévation thermique. Ces cas sont assez fréquents dans les hôpitaux et malheureusement on se trouve presque toujours désarmé. Il faut savoir gré aux auteurs d'avoir attiré l'attention sur ces sortes d'encéphalites et de leur avoir consacré une étude aussi approfondie.

M. Nathan.

J. Lhermitte. *L'influence de la malariathérapie sur les lésions de la paralysie générale* (*L'Encéphale*, t. XXIV, n° 6, Juin 1929). — Cet intéressant mémoire expose les résultats de nombreuses recherches qui ont été poursuivies dans les différents pays mais dont les conclusions demeurent fort contradictoires.

Tout d'abord on a beaucoup discuté les rapports qu'il y avait entre l'étendue des lésions et le degré d'affaiblissement démentiel. En ces termes le problème était fort mal posé et nous sommes d'accord avec L. lorsqu'il déclare que ce qui compte, ce n'est pas l'étendue, la profondeur de l'infiltration par les lymphocytes et les plasmazellen, mais l'intensité et la diffusion des destructions des cellules nerveuses.

Sans donner ici l'avis de tous les auteurs dont il convient de faire état, on peut conclure, avec la majorité d'entre eux, qu'il se fait tout d'abord une extension des lésions, surtout d'ordre inflammatoire, puis une régression suivie, à échéance variable, d'une nouvelle phase d'envahissement. Il est un point sur lequel les auteurs diffèrent: pour certains, les lésions perdraient le type paralytique pour affecter le type plus nettement syphilitique aboutissant à la gomme plus ou moins localisée; d'autres n'auraient point retrouvé cette évolution. Cette distinction entre ces deux types lésionnels serait peut-être schématique.

On a beaucoup insisté sur la présence, dans des cerveaux ainsi traités, de gommes syphilitiques. Mais ces gommes peuvent ne pas être attribuables au traitement, puisqu'on en retrouve, rarement du reste, chez des paralytiques non traités.

Ce qui demeure intéressant au point de vue pratique, c'est que les réactions cytologiques du liquide céphalo-rachidien sont en corrélation assez étroite avec les processus cérébraux.

On peut ajouter que, dans aucun des cas publiés, le traitement spécifique n'a succédé à la malariathérapie et que, d'autre part, les cas heureux n'ont pas d'histoire anatomique.

M. Nathan.

REVUE FRANÇAISE D'ENDOCRINOLOGIE

(Paris)

Prof. W. I. Moltchanoff (Moscou). *Le gigantisme partiel* (*Revue française d'Endocrinologie*, t. VII, n° 3, Juin 1929). — Le gigantisme partiel est l'accroissement de quelques parties du corps (doigts, orteils, un membre).

M. cite deux cas (enfants de 13 et de 8 ans), et discute l'étiologie qui semble bien être en faveur de la théorie embryonnaire, mais encore par quel mécanisme? et la théorie neuro-trophique par toute une série de signes (pigmentations, hyperhydrose, etc...) semble bien être en jeu.

Pronostic et traitement. — Pronostic *quoad vitam* favorable; les troubles circulatoires sont les plus marqués et contre ceux-ci le bandage ou même la ligature artérielle donnent de mauvais résultats. Pas d'exérèse chirurgicale (l'amputation d'un doigt par Fischer entraîna le gigantisme rapide de tout le membre).

Quand il s'agit de gigantisme du membre inférieur la chaussure orthopédique rend de bons services.

Marcel Laemmer.

G. Richard (Royat). *Essai de classification des syndromes hypophyso-tubériens* (*Revue française d'Endocrinologie*, tome VII, n° 3, Juin 1929). — Après avoir passé en revue les diverses classifications proposées par Cushing, Falta, Barker, Maranon, Engelbach et exposé que les classifications basées sur les phénomènes sécrétoires sont discutables, étant donné l'impossibilité actuelle de démontrer leur rôle étiologique, R. préfère prendre comme base de classification la *symptomatologie* et il propose les divisions suivantes :

1° *Syndromes à symptomatologie systématisée.* — a) *S. de dystrophie osseuse*: acromégalie, gigantisme nanisme, infantilisme; b) *S. de dystrophie nutritive*: S. adiposo-génital, cachexie hypophysaire, diabète insipide ; diabète sucré.

2° *Syndromes à symptomatologie non systématisée*: forme ophtalmique des tumeurs, migraine, épilepsie.

3° *Syndromes à symptomatologie associée*: qui groupent les syndromes plurigandulaires.

Marcel Laemmer.

LA RIFORMA MEDICA

(Naples)

Silvio de Caudia. *Contribution à l'étude du « matronisme précoce » de Pende* (*La Riforma medica*, t. XLVI, n° 24, 15 Juillet 1929). — Observation d'une fillette de 5 ans, qui présente ce syndrome décrit par Pende et caractérisé par une obésité précoce dont la répartition reproduit la morphologie d'une femme mûre (saillie des flancs et des fesses, largeur du bassin, des cuisses, seins infiltrés de graisse et pendants, coussinets adipeux axillaires et sus-claviculaires. proéminence, de la région de la 7e vertèbre cervicale, double menton, démarche lourde). Les traits sont durs, empâtés, flétris, sans rien qui rappelle la grâce enfantine. Les muscles sont plus développés que chez un enfant de cet âge. Dans des cas analogues, mais vus un peu plus tardivement (vers 10 ans), on est frappé par un développement sexuel précoce (menstruation, système pileux, caractères sexuels secondaires, sens génital) et d'ailleurs insuffisant. Le plus souvent la croissance s'arrête, les cartilages épiphysaires s'ossifient, et l'on reste devant un nanisme avec adipose et développement précoce des formes corporelles et des fonctions génitales, atteignant d'emblée les caractéristiques de l'âge mûr. Parfois la stature atteint un degré normal ou même excessif réalisant une macro-génitosomie précoce avec adipose et morphologie anticipée de la maturité. Il ne s'agit donc ni de syndrome adiposo-génital, ni d'un infantilisme, ni d'une forme de puberté précoce, mais d'un trouble complexe du développement portant sur la taille, le métabolisme des graisses, le fonctionnement génital, à la fois prématuré et insuffisant, et comprenant encore d'autres anomalies. Le métabolisme basal est abaissé (— 40 pour 100 dans un cas de Pende). On trouve de l'hypocalcémie, de l'hyperpotassémie, de l'hypoglycémie, de l'hypercholestérinémie, de l'hyperuricémie, un état vagotonique prononcé. Pende incrimine l'association d'une insuffisance thyroïdienne plus ou moins grave et d'une hyperactivité surrénalienne à type cortical, entraînant secondairement l'hyperfonctionnement des glandes génitales. Ce syndrome pluriglandulaire de l'enfance peut avoir un caractère familial. Dans aucun cas il ne correspondait à une tumeur surrénalienne ou à des lésions cérébrales. Il s'agit d'un trouble fonctionnel ou constitutionnel des glandes endocrines. Pende conseille de le traiter par l'opothérapie thyroïdienne et post-hypophysaire, associée à la radiothérapie des surrénales.

F. Coste.

IL POLICLINICO [*Sezione pratica*]

(Rome)

Giovanni Rizzo. *Sur la cure insulinique chez les diabétiques tuberculeux: hémoptysies mortelles durant le traitement par l'insuline* (*Il Policlinico* [*Sezione pratica*], t. XXXVI, n° 28, 15 Juillet 1929). — R. rappelle les discussions qu'a soulevées l'opportunité de la cure insulinique en cas de tuberculose compliquant le diabète. Chabanier, M. Labbé et ses élèves, etc., ne la considèrent pas comme contre-indiquée et n'en ont pas observé d'effets fâcheux. Divers auteurs partagent leur opinion. D'autres, en assez grand nombre, ont rapporté des exemples de poussées évolutives et de terminaisons très accélérées à la suite des injections d'insuline. R. se rattache à leur opinion, sur la foi de 2 observations où des poussées hémoptoïques paraissent avoir été provoquées par l'insuline. Blum et Schwalb ont supposé que la tuberculose des diabétiques, qui évolue en général d'une manière insidieuse, froide, sans réaction, se réveille et brûle les étapes lorsque le trouble nutritif du diabète se trouve corrigé par l'insuline. Mauriac incrimine les impuretés du produit injecté, les albumines hétérogènes étant toujours mal supportées en injections par l'organisme tuberculeux. D'autres ont pensé, dans certains accidents graves présentés durant la cure insulinique par les tuberculeux diabétiques, à l'existence d'une insuffisance surrénale latente, rendant l'organisme plus sensible à l'effet de l'insuline. Mais surtout toute une série d'auteurs ont stipulé des hémorragies au cours du traitement par l'insuline. Selon Le Barre, les impuretés du produit auraient un effet empêchant sur la formation et l'action de la thrombine et porteraient obstacle à la coagulation sanguine. Telle est, peut-être, la véritable cause des poussées congestives et hémoptoïques constatées par R. et d'autres auteurs.

F. Coste.

ARCHIVOS DE MEDICINA Y CIRURGIA Y ESPECIALIDADES

(Madrid)

M. Hombria et P. Aznar. *Etude de la flore bactérienne des cornes de taureaux et des blessures qu'elles déterminent* (*Archivos de Medicina, Cirurgia y Especialidades*, tome XXI, n° 3, 20 Juillet 1929). — Les auteurs ont consacré une étude approfondie et fort bien conduite à la flore microbienne des cornes

de taureaux et des blessures qu'elles déterminent. Les recherches ont porté sur 15 cornes qui regorgeaient d'aérobies et d'anaérobies; les espèces isolées se rapprochaient de celles que l'on retrouvait dans les plaies de guerre : aérobies saprophytes et pathogènes (staphylocoque blanc, M. candidans, levures, proteus, coli, pyocyanique, streptocoque, entérocoque, subtilis, cutis, communis etc.); anaérobies (sporogènes, perfringens, tétanique, bifermentans, putridus, vibrion septique, histolytique etc.). Ces constatations expliquent la fréquence de la gangrène gazeuse à la suite des blessures par cornes de taureaux.

Cet examen bactériologique a son importance, puisqu'il permet d'appliquer à bon escient tel ou tel sérum isolé ou associé à d'autres.

M. Nathan.

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT für CHIRURGIE

Heusser. ***Les modifications post-opératoires du sang et leur signification pathogénique dans la thrombose*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, tome CCX, Juillet 1928, nos 1-4). — Une intervention chirurgicale peut provoquer dans le sang des modifications de différents ordres :

1° *Bactériologiques.* — L'opération peut exalter la virulence de germes latents préexistants, elle peut aussi introduire dans la circulation divers microbes;

2° *Sérologiques.* — Les modifications post-opératoires des toxines, antitoxines, agglutinines sont mal connues;

3° *Morphologiques.* — Dès les premières heures qui suivent une intervention, on constate une hyperleucocytose qui doit être attribuée à la résorption d'albumines et à un minime degré d'infection inévitable;

4° *Physico-chimiques.* — Comme ces modifications étaient encore mal étudiées, H. a orienté ses recherches dans ce sens. Il a étudié avant et après une intervention chirurgicale l'état physique du sang et les corps albuminoïdes du plasma. Ses études ont porté sur :

1° La viscosité du sang dans le plasma et dans le sérum ;

2° La teneur en albumine du sérum (étude quantitative par la réfractométrie, étude qualitative par la spectroscopie) ;

3° La teneur en fibrinogène du plasma ;

4° La plasmalabilité ;

5° Le temps de coagulation.

Pour ces recherches, les malades ont été divisés en 2 groupes :

1er groupe : malades dont le sang était normal avant l'opération;

2e groupe : malades dont le sang était pathologique avant l'opération (états infectieux ou néoplasiques).

I. Albumine du sérum : quantité. 1er groupe : légère diminution pendant les 8 premiers jours post-opératoires ; 2e groupe : diminution moins sensible et inconstante.

II. Albumine du sérum : qualité. Augmentation constante de la globuline.

III. Viscosité : toujours augmentée.

IV. Teneur en fibrinogène : augmentation constante dans les premiers jours, suivie d'une baisse lente.

V. Plasmalabilité : augmentation constante.

VI. Temps de coagulation : grosse diminution pendant les 8 premiers jours, suivie d'un retour lent à la normale.

Les recherches récentes des auteurs ont montré qu'il y a un rapport étroit entre le temps de coagulation et les propriétés des corps albuminoïdes du sang (teneur en globuline, en fibrinogène, plasmalabilité, viscosité). Elles ont montré, en outre, que les modifications post-opératoires du sang exaltent le pouvoir agglutinatif de ce sang et sa tendance à la coagulation.

Les expériences de H. confirment ces données et montrent qu'après une opération il y a surtout augmentation du pouvoir agglutinatif des plaquettes et de la formation des réseaux de fibrine.

De ces faits il résulte que, dans l'étude de la pathogénie des thromboses, les recherches doivent surtout porter sur l'état physique du sang. H. conclut à cette classification des thromboses :

a) Thrombose par ralentissement du cours du sang (thrombose cachectique);

b) Thrombose par lésion de l'endothélium vasculaire (thrombose inflammatoire) ;

c) Thrombose par modification de l'état physico-chimique du sang (thrombose post-opératoire).

Les thromboses se produisent chez les individus prédisposés surtout par l'âge, les tares constitutionnelles ou pathologiques. Les principaux facteurs pathogéniques sont : les interventions opératoires avec toutes leurs conséquences (hématomes, infections, traumatismes locaux) ; les irradiations de tumeurs malignes; les injections de corps protéiques, etc.

E. Barthélemy.

ZEITSCHRIFT für KREISLAUFFORSCHUNG

(Leipzig et Dresde)

R. Hückel et H Wenzel. ***Altérations produites dans l'organisme animal par l'intoxication par l'ergostérine irradiée; étude spéciale des modifications des artères*** (*Zeitschrift für Kreislaufforschung*, tome XXI, n° 14, 15 Juillet 1929). — Les récentes recherches sur l'action pharmacologique de l'ergostérine irradiée ont établi que cette substance à hautes doses possède une action toxique manifeste. L'ingestion de fortes doses produit chez le lapin un état de cachexie aboutissant à la mort; l'autopsie montre des lésions graves, en particulier de la sclérose des vaisseaux, des infiltrations calcaires dans les différents viscères, de l'atrophie de la rate, le tout paraissant dû à un bouleversement dans le métabolisme intermédiaire de la chaux (Kreitmair, Reyher, etc).

H. et W. ont repris la question et cherché à déterminer quels sont les processus pathologiques les premiers en date et quel est le facteur qui conditionne la localisation du processus anatomique.

Ils ont donné à des lapins par voie buccale 9 à 700 milligr de Vigantol Merck dissous dans l huile, en l'espace de 1 à 3 semaines, par doses de 1 à 100 milligr. La mort en est résultée dans presque tous les cas Ils ont constaté que les altérations vasculaires débutent dans la portion ascendante de la crosse aortique et y prédominent dans la suite. La zone de transition entre l'aorte thoracique et l'aorte abdominale est atteinte après la crosse et ce n'est qu'à la fin que l'aorte tout entière s'altère. Macroscopiquement, les lésions commencent dans la tunique moyenne sous forme de foyers présentant de la dissociation des fibres musculaires qui se colorent mal de l'amincissement et des ruptures des fibres élastiques avec production de saillies dans la lumière vasculaire. Plus tard se produisent des amas de cellules géantes, de la dégénérescence des noyaux et des fibres musculaires en même temps que de l'infiltration calcaire qui se limite toujours aux couches les plus internes de la tunique moyenne, entraînant finalement la nécrose de l'intima adjacente. Le processus anatomique primitif diffère donc de ceux des autres lésions expérimentales de l'aorte. Il n'y a pas de nécrose initiale de quelques portions de la paroi vasculaire comme dans l'artériosclérose par l'adrénaline, ni d'infiltration graisseuse primitive comme dans l'artériosclérose due à la cholestérine.

Du côté des reins, les lésions artérielles débutent aussi dans la tunique moyenne, affectant le même type que dans l'aorte. Une dose aussi faible que 9 milligr. suffit déjà à les déterminer. Les tubuli avec de petites doses ne sont pas modifiés; avec des doses plus fortes, ils présentent des calcifications pouvant aboutir à la formation de cylindres calcaires.

P.-L. Marie.

ZEITSCHRIFT für HALS-NASEN- und OHRENHEILKUNDE

(Munich)

O. Mayer (Vienne). ***Quarante années de cure radicale [de l'otorrhée]*** (*Zeitschrift für Hals-Nasen- und Ohrenheilkunde*, t. XXIV, fasc. 1-2, 4 Mai 1929). — Voici 40 ans qui se sont écoulés depuis que l'opération de l'évidemrnt pétro-mastoïdien a été proposée pour la première fois en vue de la cure radicale de l'otorrhée chronique. A cette occasion, le Congrès allemand d'Oto-rhino-laryngologie, qui a siégé à Kœnigsberg en Mai dernier, a cru devoir consacrer à cette question un rapport spécial.

Vivement combattu au début, ce procédé opératoire a néanmoins conquis, assez rapidement, droit de cité en oto-chirurgie. A cet égard, il est intéressant de constater que, pour ainsi dire, toutes les questions de détail, d'ailleurs nombreuses, que soulevait la technique de cette intervention, ont d'emblée trouvé leur meilleure solution et que les prétendus perfectionnements proposés ultérieurement ont tous été de nouveau abandonnés par la suite Si les résultats que l'on obtient, à l'heure actuelle, dans l'évidement pétro-mastoïdien, sont meilleurs que naguère, les progrès qui ont été réalisés sont imputables, moins à des perfectionnements du manuel opératoire qu'à une observation plus rigoureuse des principes chirurgicaux en général. L'asepsie, notamment, est plus strictement observée qu'autrefois, et au lieu de se contenter d'ouvrir les cavités de l'oreille moyenne et de les drainer, on s'attache à réaliser une exérèse totale des parties malades.

Pas plus aujourd'hui qu'au premier jour, cette opération ne mérite, d'ailleurs, l'épithète de *radicale* qui lui est accordée un peu prétentieusement. Les récidives de la suppuration du niveau opératoire sont loin d'être exceptionnelles. L'évidement pétro-mastoïdien n'est réellement un procédé *radical* qu'en ce qu'il met le malade à l'abri des complications graves, intraveineuses principalement.

Franck Munch.

ZENTRALBLATT für INNERE MEDIZIN

(Leipzig)

E Brack. ***Constatations du côté du cœur et de l'aorte lors de la mort subite; leur signification au point de vue du mécanisme de production de cette mort*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, tome L, n° 34, 24 Août 1929). — A côté des embolies et des thromboses qui représentent une des causes les plus habituelles de la mort rapide ou subite par le cœur, il faut mentionner le ramollissement isolé du muscle papillaire gauche dont B. rapporte 3 exemples, soit de date récente comme chez 2 sujets, une femme de 56 ans et un homme de 26 ans, soit ancien et ayant donné lieu à une cicatrice fibreuse, fait qui démontre que ce n'est pas la méiopragie fonctionnelle locale qui détermine la mort; il faut incriminer plutôt la stase générale au niveau des viscères, constatée dans ces 3 cas, qui est survenue brusquement et a entravé à un degré si élevé l'activité de plusieurs organes que la mort en est résultée.

L'oblitération des coronaires d'origine syphilitique est souvent trouvée dans la mort subite par le cœur, mais il est faux d'admettre que cette oblitération s'est produite très rapidement, occasionnant ainsi la mort. Là aussi, la cause immédiate de la mort n'est pas la sténose coronaire qui existe depuis plus ou moins longtemps, mais le trouble de la compensation subitement apparu dans un organisme altéré, trouble lié à une autre cause aiguë.

Les néoplasmes primitifs du cœur dont B. rapporte deux exemples sont une cause rare de mort subite par le cœur. Dans l'un de ces cas il s'agissait d'un minuscule fibrosarcome du myocarde intéressant la branche gauche du faisceau de conduction, et là, la cause immédiate de la mort doit être attribuée à la lésion cardiaque elle-même portant sur un point

vital, tandis que, dans l'autre cas, un hémangiofibrosarcome caverneux du ventricule droit, la tumeur datait déjà de loin et n'a pas été par elle-même la cause de la mort, mais l'a produite par suite des troubles généraux de la circulation qu'elle a occasionnés.

On retrouve cette dernière pathogénie dans les morts subites au cours des malformations congénitales du cœur, telles que celles que rapporte B. chez des nourrissons atteints de cyanose par absence de la cloison interventriculaire ou par transposition des gros vaisseaux, ainsi que dans le rétrécissement de l'aorte comme le montre l'exemple cité par B. concernant un marin de 26 ans, bien portant jusque-là, qui succomba à la suite d'un effort musculaire, et chez lequel il faut nécessairement invoquer, non la malformation elle-même, mais le trouble circulatoire général récent. P.-L. Marie.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

(*Berlin, Francfort, Munich, Vienne*)

Erwin Kolta et Beatrix Dunay. *Le nouveau traitement des ulcères gastriques par irradiations* (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, n° 24, 11 Juin 1929). — Les bons effets des irradiations par les rayons X dans l'ulcère gastrique ont été ramenés par K. et D. à une alcalinisation du sang. Pour se rendre compte si cette théorie est conforme aux faits, ces auteurs ont irradié leurs malades dans une région autre que l'estomac, afin d'éviter tout effet direct sur cet organe. Pour cela, ils ont procédé de la manière suivante. Chez des malades certainement atteints d'ulcères gastriques, ils ont d'abord déterminé le *pH* du sang et de l'urine le matin à jeun. Ils ont ensuite donné à ces malades 20 cmc d'une solution à 8 pour 100 de bicarbonate de soude et constaté, comme Balint l'a déjà fait, que cette dose d'alcalin ne modifie pas la réaction de l'urine ou la rend plus acide, parce que, chez ces malades, il existe une acidose tissulaire. On procédait ensuite à l'irradiation qui se faisait sur 4 champs de 15 cm. de côté, en avant et en arrière de la partie supérieure des cuisses (3/4 HED filtré avec 3 mm. d'aluminium), et qui déterminait régulièrement une diminution du *pH* du sang et de l'urine. Cette irradiation était renouvelée suivant les besoins au bout d'un certain nombre de semaines.

Sur le total des malades traités, 10 ont pu être suivis assez longtemps. Les autres ne sont pas revenus, mais il semble que le traitement leur ait été très généralement favorable. En tout cas, parmi ceux qui ont été revus, un seul n'a pas bénéficié du traitement : il s'agissait d'un ulcère prépylorique dans lequel la guérison de l'ulcère a été suivie d'une sténose du pylore.

Ainsi, selon K. et D., l'action des rayons X sur l'ulcère gastrique n'est pas locale mais générale. Cette méthode agit en rendant plus alcaline la réaction habituellement trop acide du sang et des tissus de ces malades. Quelle que soit d'ailleurs la méthode par laquelle on arrive à réaliser cette alcalinisation, les résultats sont également favorables. En irradiant les membres au lieu d'irradier l'abdomen et les viscères, on évite presque à coup sûr les phénomènes pathologiques qui s'observent après toute irradiation de l'abdomen. Cependant les ulcères pyloriques ne seraient pas justiciables de cette méthode à cause des cicatrices sténosantes qu'elle peut entraîner.

P.-E. Morhardt.

Karl Hitzenberger et Fritz Tuchfled. *L'influence de l'adrénaline sur la quantité de sang circulant* (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, n° 26, 25 Juin 1929). — H. et T. ont mesuré le volume du sang par la méthode d'inhalation de CO d'après Van Slyke et O'Neill. Ils ont ainsi constaté que ce volume ne varie pas d'un jour à l'autre chez le même individu. Dans quelques cas ils ont procédé à plusieurs mesures le même jour. La première détermination a été faite à jeun. Après la première inspiration de gaz on injectait de l'adrénaline et, au bout de 25 minutes, on faisait une prise de sang dont le CO était dosé. Une seconde prise de sang était faite 5 minutes plus tard et suivie également du dosage du CO. Chez les individus normaux, on a trouvé, au cours de cette seconde détermination, les mêmes chiffres qu'à la première, ce qui montre que la méthode est utilisable. On n'a jamais fait respirer plus de 220 cmc de CO. Seuls, les malades avec anémie grave supportent mal cette méthode.

L'injection d'adrénaline a parfois augmenté fortement et, d'autres fois, laissé sans modification le volume du sang, tout en augmentant la pression, le nombre des leucocytes et la fréquence du pouls. L'hémoglobine a varié d'une façon indépendante du volume du sang.

L'augmentation du volume du sang, provoquée par l'adrénaline, doit être considérée comme résultant d'une contraction de régions qui servent de réservoirs. La valeur de l'hémoglobine augmente quand le sang de ces réservoirs est dilué. Inversement, on a constaté, dans un cas, que la diminution du volume du sang s'accompagnait d'une diminution de l'hémoglobine, vraisemblablement parce que les réservoirs s'étaient remplis de sang concentré.

Ces mêmes recherches ont été pratiquées chez une série de malades dont la rate était malade. Dans la plupart de ces cas, on a constaté une diminution du volume de la rate, sous l'influence de l'adrénaline. En même temps, il y a eu tantôt augmentation, tantôt état stationnaire du volume du sang. Sauf une exception, ces derniers cas appartenaient tous à des cirrhoses du foie. Il est possible que dans ces cas le volume du sang n'augmente pas parce que le foie ne peut plus intervenir comme normalement dans ces phénomènes. C'est ce que confirme le cas d'une malade, atteinte d'hépatite sévère, chez laquelle l'adrénaline n'a pas augmenté le volume du sang. Il faut compter aussi avec des sensibilités particulières à l'égard de l'adrénaline, comme le montre le cas de deux asthmatiques améliorés l'un et l'autre par ce médicament qui, cependant, n'a augmenté le volume du sang que chez l'un d'entre eux. Il y aurait donc variation et dissociation de la sensibilité.

Dans la polycythémie et la leucémie myéloïde, le volume du sang a été très augmenté par l'adrénaline.

P.-E. Morhardt.

Hess Thaysen. *Diarrhée grasse aiguë d'origine pancréatique comme complication de la colite chronique (pancréatite bénigne aiguë)* (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, n° 26, 25 Juin 1929). — Chez 2 malades, atteintes de colite chronique, H. a observé un accès débutant brusquement par des douleurs dans l'abdomen, irradiées dans le dos, avec sensibilité dans la région du pancréas, légère élévation de température, diarrhée grasse, élévation du chiffre de la diastase urinaire dans un cas et glycosurie alimentaire diabétique dans l'autre. Il paraît donc certain qu'il s'est agi d'une affection pancréatique atteignant, dans le premier cas, la partie glandulaire seulement et, dans le second cas, l'organe tout entier, bien que plus faiblement. Dans un troisième cas, des phénomènes très analogues ont été observés à la suite d'un repas anormalement copieux.

Des formes moins aiguës que celles-ci s'observent dans l'ulcère gastrique ou duodénal, dans la cholélithiase, etc. Mais il a été en général assez peu parlé dans la littérature médicale de formes légères de pancréatite aiguë. Cependant, Ad. Schmidt l'a décrite en en faisant une pancréatite fonctionnelle, notion contre laquelle H. s'élève, car, selon lui, il n'y a pas de raison de conserver la notion d'achylie pancréatique fonctionnelle.

Cette pancréatite aiguë bénigne peut jouer un rôle dans l'étiologie du diabète ou de certains accès douloureux généralement attribués à une affection intestinale ou à la neurasthénie. Il est important dans ces cas de déceler la diarrhée grasse, bien que ce symptôme ne soit pas fréquent dans la pancréatite aiguë bénigne. Le diagnostic pourra être confirmé par la recherche de la diastase dans l'urine et par l'étude de la glycémie alimentaire. H. est persuadé qu'en recherchant cette affection, on la retrouvera fréquemment au cours des affections chroniques de l'intestin.

P.-E. Morhardt.

Karl Paschkis. *Les protéines de réserve du foie* (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, n° 28, 9 Juillet 1929). — Berg a montré que, dans le foie des animaux nourris avec des protéines, il apparaît des granules dont la nature protéinique est mise hors de doute par les réactions caractéristiques et qui doivent être considérées comme constituant de véritables réserves. Ces granulations ont été retrouvées chez tous les vertébrés et elles s'observent même après administration d'acides aminés. D'autre part, l'administration d'adrénaline, de même qu'un régime pauvre en albumines, empêche cette constitution de réserves protéiniques ou la fait disparaître. Ces faits ont amené P. à rechercher si ce phénomène est également influencé par l'insuline qui, à beaucoup d'égards, est un antagoniste de l'adrénaline.

A cet effet, des rats blancs ont été alimentés pendant un temps prolongé avec de la viande maigre et du fromage. Après quoi, pour déterminer un effet hypoglycémique, on leur a administré une première dose d'insuline atteignant environ 130 unités par kilogramme. On a ainsi constaté que cette dose ne détermine pas l'effet attendu et que seule une seconde dose provoque des crampes par hypoglycémie. Cette résistance aux effets de l'insuline est bien due au régime, car des animaux nourris de biscuits succombent déjà avec une dose 5 fois plus petite d'insuline. Le sucre du sang des animaux mis au régime riche en protéine ne s'abaisse que difficilement et seulement à la seconde injection d'insuline.

Cette résistance à l'insuline a été constatée déjà par plusieurs auteurs et attribuée à l'acidification de l'organisme sous l'influence du régime carné.

Les viscères des rats soumis à ce régime et ultérieurement traités par de fortes doses d'insuline ne présentent plus les réserves d'albumine qu'on retrouve, en grande abondance, chez les animaux soumis au même régime, mais non traités par l'insuline. Ainsi, cette hormone mobilise les dépôts de protéine, comme elle mobilise les réserves de glycogène du foie. En revanche, l'insuline à faibles doses n'a pas pu augmenter les réserves de glycogène du foie.

D'autres recherches ont également montré à P. que l'adrénaline, à la dose de 0,6 à 1 milligr., fait disparaître les réserves d'albumine du foie. Quant à la combinaison de l'adrénaline et de l'insuline, elle possède l'effet paradoxal de ne pas modifier et parfois d'augmenter les granules protéiniques du foie, comme si ces deux corps protégeaient les réserves l'un à l'égard de l'autre. Il est probable que l'adrénaline agit directement pour activer la consommation des albumines, tandis que l'insuline n'agit sur ces réserves que si elles sont nécessaires pour former des hydrates de carbone, éventualité qui ne se produit pas quand l'adrénaline a mobilisé, au maximum, les hydrates de carbone.

La thyroïde n'a pas influé sur les réserves d'albumines du foie bien que le bilan azoté des hyperthyroïdies soit généralement considéré comme négatif. Les extraits de thymus semblent, au contraire, avoir accéléré la constitution de ces réserves. Quant aux injections de protéines étrangères, elle n'ont pas diminué ces réserves.

P.-E. Morhardt.

Hermann Pal. *Les sclérotiques bleues* (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, n° 28, 9 Juillet 1929). — P., qui a déjà consacré des travaux importants aux sclérotiques bleues, a eu l'occasion d'étudier 4 générations d'une même famille atteintes de cette affection. Les sclérotiques bleues sont rattachées, aujourd'hui, comme le rappelle P., à une insuffisance du mésenchyme, avec amincissement des sclérotiques, oto-sclérose et trouble du métabolisme du calcium.

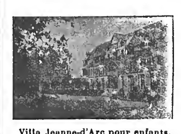
La famille étudiée comporte 36 personnes dont 17 présentent la triade symptomatique et 19 sont normales à ce point de vue. Les sclérotiques bleues se retrouvent chez 17 personnes, des lésions osseuses chez 15, des fractures chez 3. Les femmes ont été atteintes 10 fois et les hommes 7 fois. En faisant intervenir la formule de l'hérédité, on constate que cet état pathologique doit être dominant, puisque sur

En plaine — **DEUX SANATORIA FRANÇAIS** — A la montagne

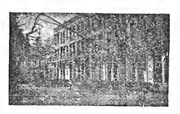
SANATORIUM DES PINS

2 h. 1/2 de PARIS — *LAMOTTE-BEUVRON* (Loir-et-Cher)

LE PLUS GRAND CONFORT


Villa Jeanne-d'Arc pour enfants.

80 Chambres avec eau courante


Pavillon Pasteur.

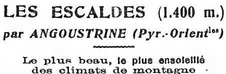
GALERIES DE CURE ET SOLARIUM

CLIMAT SÉDATIF indiqué dans les formes aiguës

3 médecins résidents dont un laryngologiste

INSTALLATION TÉLESTEREORADIOGRAPHIQUE

LES ESCALDES (1.400 m.)



par *ANGOUSTRINE (Pyr.-Orient^les)*

Le plus beau, le plus ensoleillé des climats de montagne


Pavillon Pasteur.

LE BROUILLARD Y EST INCONNU

Dans les nouvelles installations le maximum de confort, chambres avec cabinets de toilette et salles de bain. Plusieurs solariums. Multiples galeries de cure. **TRAITEMENT THERMAL** pour les laryngites et certaines affections osseuses ou pulmonaires.

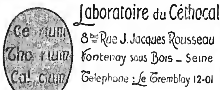
3 médecins résidents dont un laryngologiste.


Piscine

200 m² eau courante, sulfureuse à 36°

Traitement des maladies de peau par les Sels de Terres Rares associés aux Sels de Calcium

Ampoules injectables à base de lactoprotéines



Traitement local | PÂTE POUDRE
Traitement général | GOUTTES AMPOULES INJECTABLES

Littérature et échantillons sur demande au Laboratoire du Céthocal

8 bis Rue J. Jacques Rousseau
Fontenay sous Bois – Seine
Téléphone : Le Tremblay 12-01

Cé rium — Tho rium — Cal cium

P. Lemay D^r en Ph^ie — R C 995 638

Cliché A. Cayeux

MALT BARLEY

BIÈRE de SANTÉ, non alcoolisée

Tonique, digestive

Se consomme comme boisson ordinaire

Maladies de l'estomac — Intestin — Anémie
Convalescence
Maigreur — Suralimentation des nourrices

MALTASE FANTA

Extrait sec de malt préparé à froid et dans le vide.

Doses : *3 à 6 cuillerées à C. pro die*

DYSPEPSIES — ALIMENTATION INFANTILE
SURALIMENTATION DES MALADES
GALACTOGÈNE

BIÈRE SPÉCIALE POUR NOURRICES

BRASSERIE FANTA

77, route d'Orléans, MONTROUGE (Seine)

Téléphone : MONTROUGE 13, VAUGIRARD 16-39

ANTI-KOKYTINE

Αντι (*contre*), κοκκυτις (*coqueluche*).

Nouveau Remède spécifique contre les quintes

DE LA

COQUELUCHE

Seul remède permettant à tous les malades, petits et grands, de faire une Coqueluche ***SANS QUINTES***

D'UNE EFFICACITÉ INCONTESTABLE DANS TOUS LES CAS DE

TOUX SPASMODIQUE

ÉCHANTILLON aux **LABORATOIRES GABAIL**, Service de l'ANTI-KOKYTINE

PARIS (V^e) — 3, rue de l'Estrapade, 3 — PARIS (V^e)

— Oh !... la méchante Coqueluche, s'il y avait un remède !


— Pan. Rataplan. J'suis guéri par l'ANTI-KOKYTINE.

30 enfants à peu près la moitié sont malades. Il a été compté, comme modifications osseuses, non seulement les fractures, mais encore la décalcification des os qui a été recherchée par radiographie, la décalcification des dents, les troubles de la croissance (scoliose, cyphose, retard de la marche).

La raréfaction des épiphyses a été très frappante dans une série de cas. L'os hyoïde a été trouvé pauvre en calcium d'une façon encore plus caractéristique. Dans un cas, cependant, les os se sont montrés plutôt moins transparents que normalement. Dans un autre cas, une série de dents ne sont pas sorties et leur germe, examiné aux rayons X, s'est montré complètement dépourvu de toutes traces de calcification. En revanche, on n'a pas pu retrouver ces dépôts de chaux qui ont été signalés par quelques auteurs dans les poumons. Chez une malade, atteinte fréquemment d'épistaxis, on a constaté un retard net de la coagulation avec une proportion de calcium du sang avoisinant la limite inférieure de la normale.

P.-E. Morhardt.

E. Rosenblueth et Wassermann. *La respiration de Cheyne-Stokes et l'urine* (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, n° 28, 9 Juillet 1929). — On admet, comme le remarquent R. et W., que la respiration de Cheyne-Stokes est liée à une affection des reins. Dans quelques cas, cependant, ce phénomène a été observé chez des malades sans lésions rénales, ce qui a amené les auteurs de ce travail à examiner de près les 27 malades présentant ce symptôme qu'ils ont eu l'occasion de soigner, au cours des 3 dernières années. Aux moyens ordinaires de recherches ils ont adjoint le dosage de l'azote résiduel qui, dans les insuffisances cardiaques pures, ne dépasse généralement pas sensiblement la normale, soit 50 milligr. pour 100 gr. Des malades ainsi examinés 19 avaient un azote résiduel inférieur à 50 milligr. Des 8 restants 4 ne dépassaient qu'à peine la normale. Les 4 autres avaient un azote résiduel nettement élevé (71 à 103 milligr. pour 100 gr.). Ainsi, chez les 19 premiers malades, il n'y avait aucune possibilité d'admettre que les reins soient intervenus pour provoquer la respiration de Cheyne-Stokes. Chez les 8 derniers, chez lesquels les lésions rénales peuvent être admises, il semble, néanmoins, qu'il faille faire surtout intervenir les complications cardiaques dans la genèse de ce phénomène respiratoire. En effet, dans la période pré-agonale, il se produit une insuffisance cardiaque gauche, caractérisée par un abaissement de la pression et de l'œdème pulmonaire. Dans l'urémie pure, on rencontrerait surtout, selon R. et W., la respiration profonde et lente.

P.-E. Morhardt.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

Hermann Schlesinger. *Une thérapeutique nouvelle de l'hydarthrose périodique* (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLII, 20 Juin 1929, n° 25). — L'auteur rappelle l'impuissance thérapeutique dans laquelle on se trouve le plus souvent vis-à-vis de cette affection dont la littérature ne cite guère plus de 100 cas.

Il en a pour sa part observé une quinzaine et cite une observation qui réunit les caractères essentiels de la maladie : hydarthrose douloureuse avec œdème des parties molles, non fébrile, se reproduisant à intervalles réguliers de 8 à 12 jours et atteignant presque uniquement les femmes.

Cette dernière particularité, jointe au fait que l'affection n'apparaît qu'après la puberté, souvent après un accouchement, son évolution étant d'ailleurs presque toujours interrompue par la gestation et l'allaitement, mettent en évidence ses rapports avec le fonctionnement des organes génitaux de la femme.

S. émet l'hypothèse que l'origine de la maladie réside dans un dysfonctionnement ou un hypofonctionnement ovarien, hypothèse qui a l'avantage d'expliquer les faits précités.

Ce qui donne en outre une grosse valeur à cette assertion, c'est l'action thérapeutique de l'hormone ovarienne : S. a choisi un extrait placentaire plus actif que l'extrait ovarien, qu'il injecte à doses progressivement croissantes 3 fois par semaine à la malade par voie sous-cutanée. Ses expériences datent de 5 mois. Il a constaté une amélioration certaine, les enflures diminuant de volume et de durée, cessant d'être douloureuses, les intervalles qui les séparent augmentant, cela d'autant plus que la dose était plus forte, et chez une malade chez laquelle toute thérapeutique avait échoué.

S. ne croit pas que la préparation, d'ailleurs désalbuminée, agisse par choc protéinique. Elle a une action spécifique qui confirme son hypothèse du moins pour une partie des cas. Tout en manquant de recul pour juger de l'effet de cette thérapeutique, il conclut qu'elle mérite d'être appliquée et étudiée.

G. Basch.

Sax et Ersbacher. *Du traitement déshydratant dans les exsudats, particulièrement au cours du rhumatisme chronique* (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLII, n° 31, 1er Août 1929). — S. et E. ont cherché à préciser l'effet des injections diurétiques dans les différents exsudats ; ils ont utilisé le salyrgan dont l'action est renforcée par l'absorption d'ammoniaque. S. et E. procèdent de la façon suivante : ils injectent, tout d'abord, 2 cmc de salyrgan dans les veines ; si l'effet diurétique est insuffisant, ils font ingérer au malade la solution ammoniacale ; enfin, en cas d'insuccès, ils utilisent la voie intramusculaire qui, combinée à l'ingestion d'ammoniaque, se montre plus efficace.

De leur expérimentation S. et E. retirent l'impression que plus l'épanchement est chronique, mieux il est influencé par la médication préconisée.

Dans un seul cas de pleurésie avec fièvre, S. et E ont eu un résultat favorable, et leurs conclusions sont qu'il n'y a pas lieu d'utiliser la médication diurétique en pareil cas. De même au cours de la péricardite aiguë.

Au contraire, les épanchements péritonéaux chroniques, véritables transsudats, sont heureusement influencés et S. et E. confirment les résultats, bien connus, des sels diurétiques dans l'ascite des cirrhoses.

Ils ont utilisé cette méthode dans les exsudats qui surviennent au cours du rhumatisme chronique et ont obtenu les meilleurs résultats. Les épanchements se sont taris, en même temps que réapparaissait la mobilité des membres et que la douleur diminuait.

G. Basch.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCRIFT

Richard Waldapfel. *Critique de la conception de l'érysipèle curateur des tumeurs malignes* (*Wiener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIX, n° 32, 3 Août 1929). — L'auteur rappelle d'abord combien cette conception a été généralement adoptée et cite les nombreux cas relatés dans la littérature. S'appuyant sur 14 observations personnelles, étudiées à la clinique oto-laryngologique de Vienne, il prend nettement parti contre cette opinion et voici les conclusions de son travail :

Les 14 cas observés montrent que l'évolution des tumeurs malignes n'est nullement influencée favorablement par l'érysipèle, et pas plus celle des sarcomes que celle des carcinomes.

La date d'apparition précoce de l'erysipèle, le nombre de poussées, l'adjonction d'autres thérapeutiques n'ajoutent rien à la prétendue action curatrice.

Les améliorations observées n'ont pas plus de signification que celles qu'on peut voir au cours de tumeurs non traitées, ou après une quelconque thérapeutique palliative. Il peut d'ailleurs aussi bien survenir à la suite de l'infection une augmentation rapide de la tumeur.

Enfin l'erysipèle, loin d'avoir l'effet curateur qu'on lui a attribué, est une complication dangereuse et entraînant une mortalité considérable.

G. Basch.

Oskar Hübler. *L'influence de la péristaltine sur la parésie intestinale post-opératoire* (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLII, n° 33, 15 Août 1929). — A la suite d'autres auteurs H. a cherché si la péristaltine, glucoside du *Rhamnus Phurshiana*, pourrait se substituer avec profit aux anciennes thérapeutiques contre la parésie intestinale post-opératoire : lavements évacuateurs, purges, laxatifs, etc.

Voici les résultats de son travail, portant sur 100 laparotomies, qu'il a divisées en groupes de 20 cas : un groupe témoin auquel aucune thérapeutique n'a été appliquée ; un 2e groupe de malades auxquels il fit ingérer *per os* la veille de l'opération 2 à 3 tablettes de péristaltine ; un 3e groupe auquel fut injectée par voie sous-cutanée une ampoule de péristaltine à l'issue de l'opération ; enfin un 4e et un 5e groupes qui reçurent respectivement par voie intraveineuse 1 et 2 ampoules de médicament.

En premier lieu il résulte de sa statistique que la dose et le mode d'administration les plus indiqués sont 2 ampoules injectées par voie intraveineuse immédiatement après l'opération.

A cette dose, l'injection de péristaltine a pour effet de raccourcir l'intervalle qui sépare l'opération de l'apparition des premiers gaz, de la moitié environ.

Ce résultat, joint au fait qu'on a pu injecter jusqu'à 3 ampoules sans aucun danger pour les malades, justifie, pour H. l'emploi de la péristaltine sur une vaste échelle dans les interventions chirurgicales portant sur l'abdomen.

Des recherches ultérieures montreront en outre si cet emploi a une action prophylactique contre les adhérences post-opératoires, les occlusions et les infections colibacillaires secondaires.

G. Basch.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL

(Londres)

Douglas Miller et J. R. Whitaker (Edimbourg). *Etude du pouvoir bactéricide du sang pendant la grossesse et la puerpéralité, et ses relations avec l'apparition et l'évolution de l'infection puerpérale* (*The British medical Journal*, n° 3576, 20 Juillet 1929). — Depuis longtemps il est établi que le facteur capital dans l'apparition de l'infection puerpérale est l'apport de pyogènes exogènes, le plus souvent à la suite d'un trauma obstétrical. Mais cela n'explique pas toutes les infections puerpérales, qui bien souvent surviennent à la suite d'un accouchement parfaitement normal et correct. Certains auteurs ont essayé d'expliquer ce type d'infection par l'existence d'une flore vaginale ou cervicale virulente, occasionnant ainsi des infections endogènes. Mais récemment Bust-White et Armstrong, à la suite d'études très complètes sur la bactériologie vagino-utérine, ont montré la présence extrêmement rare du streptocoque pyogène dans les voies génitales, et le défaut de concordance avec l'apparition des infections puerpérales.

D. et W. ont cherché si l'explication ne se trouvait pas dans une diminution de la résistance du sujet à l'infection : ils ont utilisé la méthode de Wright, dite « étude du pouvoir bactéricide du sang », pour vérifier cette hypothèse. Leur travaux ont été faits sur de très nombreuses femmes, et les auteurs semblent s'être attachés à éliminer les plus légères causes d'erreurs. Leurs conclusions sont du plus haut intérêt.

En premier lieu, ils ont observé un pouvoir bactéricide nettement au-dessous de la moyenne dans presque tous les cas où se développa ultérieurement une infection puerpérale.

Etudiant de façon plus générale le phénomène, les auteurs ont fixé qu'il existe durant la grossesse un accroissement régulier du pouvoir bactéricide, qui atteint son maximum aux environs de la délivrance (200 pour 100 environ), pour tomber brusquement à la normale en une dizaine de jours.

Enfin, le pouvoir bactéricide du sang est diminué par l'albuminurie, par le travail prolongé, par les hémorragies abondantes.

R. Rivoire.

A. M. Claye (Leeds). *La morbidité puerpérale dans l'accouchement normal : l'influence néfaste du toucher vaginal* (*The British medical Journal*,

nº 3576, 20 Juillet 1929). — Depuis très longtemps il est classique de dire qu'il vaut mieux s'abstenir du toucher vaginal au cours de l'accouchement normal : mais jamais une statistique n'avait essayé de faire la preuve de l'influence nocive de cette pratique sur les suites de couches. C. a comblé cette lacune et a trouvé une morbidité près de deux fois supérieure chez les femmes touchées, la statistique portant sur plus de 1.500 cas.

La conclusion de C. est la suivante : s'abstenir dans tous les cas de toucher vaginal, sauf en cas d'hémorragie ante-partum, de présentation de l'épaule, de dystocie. En tout cas, interdire aux sages-femmes le toucher vaginal.

Le toucher rectal peut d'ailleurs suppléer le toucher vaginal dans presque tous les cas, notamment pour apprécier le degré de dilatation, l'intégrité des membranes, pour le diagnostic des présentations.

R. Rivoire.

Alfred Coles. *L'examen microscopique des virus filtrants et les limites de la visibilité* (*The British medical Journal*, nº 3576, 20 Juillet 1929). — Le terme d'ultra-microscopique appliqué aux virus filtrants est essentiellement malheureux, car cette expression, en évoquant l'idée de photomicrographie ultra-violette, et en donnant une idée fausse des limites du microscope ordinaire, est peut-être responsable de notre ignorance actuelle sur ces micro-organismes.

Grossièrement, le grossissement du microscope dépend de deux facteurs principaux : l'ouverture de l'objectif et la longueur d'onde de la lumière. Pratiquement, c'est la longueur d'onde qui limite la visibilité; mais malheureusement la plupart des gens confondent deux choses très différentes : limite de résolution et limite de visibilité. La première est le grossissement au delà duquel on ne peut séparer deux objets voisins, deux cocci par exemple. Mais cela n'empêche pas de discerner le diplocoque pendant longtemps encore. Alors que la limite de résolution est de 0 µ 2, la limite de visibilité est de 0 µ 07 pour la lumière blanche et de 0 µ 06 pour la lumière verte.

Il résulte de cela que les ultra-virus sont nettement de l'ordre de grandeur des objets microscopiques : d'autant plus que certains artifices de coloration (Giemsa prolongé 48 heures; imprégnations à l'encre de Chine) procurent un véritable grossissement.

L'auteur a étudié ainsi des frottis de papules de vaccine, de varicelle, d'herpès, etc. Dans chaque cas, il a obtenu des images analogues : petits corpuscules inégaux, très nombreux, flagellés, unis souvent par un très fin réseau.

L'auteur a essayé de mettre en évidence des différences morphologiques dans chaque espèce, mais le travail est rude et loin d'être au point.

Quelques microphotographies à l'ultra-violet ont été prises également, mais l'auteur n'en a usé que timidement, car, dit-il, « il fut élevé par un maître qui professait qu'il était inutile d'employer un objectif à immersion lors qu'on voyait très bien un objet avec une lentille sèche ». Aussi est-il inutile d'employer des rayons ultra-violets pour ce qui se voit très bien avec un microscope banal.

R. Rivoire.

Margaret Salmond et Béatrice Turner. *La réaction de Dick dans la grossesse* (*The British medical Journal*, nº 3577, 27 Juillet 1929). — Quelques travaux ayant été faits ces derniers temps sur les relations de la scarlatine et de la fièvre puerpérale, les auteurs ont essayé la réaction de Dick à la toxine du *streptococcus hemolyticus* chez toutes les femmes en travail à la Maternité.

Les résultats sont sans aucun intérêt : environ 1/3 des femmes présentaient un Dick positif; sur ce tiers 20 pour 100 environ ont présenté des suites de couches fébriles, alors que 16 pour 100 de l'ensemble des femmes ont eu de la fièvre.

Il n'y a donc pratiquement aucune prédisposition à la fièvre puerpérale du fait qu'une femme possède un Dick positif.

R. Rivoire.

Martin Haudek (Vienne). *Les rayons X dans le diagnostic précoce du cancer de l'estomac* (*The British medical Journal*, nº 3578, 3 Août 1929). — Les statistiques vitales des pays européens montrent que, depuis que la durée moyenne de la vie humaine s'est allongée, le cancer a pris une place prédominante parmi les causes de mortalité. Et, parmi tous les cancers, c'est de beaucoup le cancer de l'estomac qui cause le plus de décès, par suite de son insidiosité extrême.

Le diagnostic précoce du cancer de l'estomac est donc une œuvre essentiellement utile; mais c'est aussi une tâche très difficile, et même les rayons X n'arrivent pas souvent à la mener à bien.

L'auteur, dont le nom fait autorité en matière de radiologie gastrique, explique en détail sa méthode d'examen. Il insiste sur la nécessité de ne pas faire du travail en série, de consacrer au moins une demi-heure à chaque malade, de revoir à diverses reprises le même patient. Techniquement, il conseille l'emploi d'une bouillie très épaisse, avec 2 repas successifs : l'un très petit, une cuiller à soupe, pour examiner le relief de la muqueuse; l'autre copieux, 300 cmc environ, pour voir le péristaltisme et les courbures; nécessité également d'examiner le malade penché en avant, afin de bien remplir l'antre pylorique et de dessiner nettement la petite courbure, la plus importante.

Les résultats ne sont certes pas extraordinaires : 20 pour 100 de cancers diagnostiqués dans leur stade opérable. Mais il n'est pas interdit d'espérer qu'ils s'amélioreront avec les progrès de la technique.

R. Rivoire.

E. B. Verney. *La valeur des tests physiologiques de la fonction rénale* (*The British medical Journal*, nº 3578, 3 Août 1929). — Les notions physiologiques récentes sur le fonctionnement du rein jettent un jour nouveau sur la valeur des tests fonctionnels du rein.

Le rein est formé d'unités anatomo-physiologiques très nombreuses, formant un tout : chacune de ces unités (il y en a 10 millions environ) travaille périodiquement. Il n'y a jamais travail simultané de toutes les unités d'un rein : il y a donc dans chaque rein une réserve anatomique dont l'importance décroit lorsque la quantité de parenchyme rénal diminue.

D'autre part, chaque unité produit à partir du sang un travail d'osmose dont la valeur normale aboutit à la sécrétion de l'urine normale; lorsque l'aptitude fonctionnelle de l'unité s'altère, l'excreta urinaire modifie sa composition, tendant à se rapprocher de plus en plus de celle du sérum sanguin, et s'y identifiant lorsque la valeur fonctionnelle de l'unité est égale à 0. Il y a donc une réserve physiologique, à côté de la réserve anatomique, dont l'importance se mesure à la composition de l'urine.

De ces notions physiologiques découlent d'intéressantes applications : notamment on peut étudier la valeur de la réserve anatomique par l'épreuve d'un diurétique, qui agit en faisant travailler simultanément un nombre d'unités rénales plus grand que normalement, l'absence de polyurie après administration d'un diurétique étant donc de mauvais pronostic.

R. Rivoire.

A. Eidinow. *Effets des radiations sur la résistance des lapins à l'infection par un staphylocoque virulent* (*The British medical Journal*, nº 3580, 17 Août 1929). — L'étude clinique des maladies traitées par les irradiations ultra-violettes ayant semblé montrer un accroissement de la résistance du sujet vis-à-vis des infections microbiennes, E. a entrepris une série d'expériences sur le lapin afin de vérifier l'existence d'un tel phénomène.

Afin d'éviter que les expériences soient faussées par l'action nécrosante des rayons ultra-violets courts, il a utilisé une source lumineuse ne produisant que des ultra-violets de forte longueur d'onde. Chaque lapin a reçu une dose de 0 cmc 6 de culture de staphylocoque virulent, par voie intraveineuse : cette dose a tué tous les lapins-témoins en moins de 24 heures ; au contraire, sur 30 lapins inoculés après 48 heures d'exposition aux rayons, 4 survécurent, et les autres vécurent 7 jours en moyenne. D'autres expériences, où les lapins furent irradiés après l'inoculation ou à la fois avant et après, n'ont pas montré d'immunité accrue.

Il y a donc certainement accroissement de la résistance aux infections après exposition aux irradiations : elle correspond d'ailleurs à un accroissement du pouvoir bactéricide du sang.

R. Rivoire.

W. Dagget et R. Core-Smith. *Les relations des maladies de l'oreille avec la natation* (*The British medical Journal*, nº 3580, 17 Août 1929). — Il est intéressant de connaître l'opinion des médecins anglais sur les relations entre les bains de piscine et les maladies de l'oreille, alors qu'aujourd'hui l'attention est attirée sur les dangers multiples des piscines.

Il est incontestable que de très nombreuses maladies auriculaires ont pour origine un bain dans une eau impure; mais il est à remarquer que les auteurs n'ont observé qu'un seul cas nettement caractérisé d'accident survenu dans les piscines pourvues du filtrage continu, alors que des cas très nombreux ont été observés, qui ont été contractés dans les piscines moins modernes ou dans les bains de rivière.

Le danger est particulièrement grand chez les individus porteurs de lésions des voies respiratoires supérieures, y compris le simple rhume de cerveau, car il se produit facilement une dissémination de l'infection qui gagne l'oreille par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache. Cela se voit surtout chez les nageurs inexpérimentés, qui ne savent pas respirer et qui avalent de l'eau, ce qui a pour effet d'ouvrir la trompe.

Quant aux malades souffrant d'une perforation du tympan, il faut leur interdire formellement le bain : car, s'ils suppurent, ils contaminent l'eau; et, si la suppuration est tarie, ils se réinfectent.

R. Rivoire.

C. Dalton. *L'intoxication arsenicale : curieuse action du traitement par le courant galvanique* (*The British medical Journal*, nº 3580, 17 Août 1929). — D. rapporte un cas très curieux d'intoxication chronique chez un ouvrier travaillant dans l'arsenic : celui-ci présenta des accidents de polynévrite au niveau des membres inférieurs. Il fut soigné trois fois par semaine à l'aide du courant galvanique continu.

A la suite de 15 jours de traitement il se forma au niveau de la peau de la jambe droite, où était placée une électrode, des squames épaisses. Ces squames, examinées chimiquement, se révélèrent contenant des quantités importantes d'arsenic. Il s'était donc produit une attraction des particules d'arsenic ionisées, circulant dans le sang du malade, et ces particules s'étaient déposées au niveau du point d'application du courant. Le malade guérit d'ailleurs complètement et rapidement.

Cette observation, qu'on doit rapprocher d'une observation analogue dans une intoxication par le plomb, est très intéressante parce qu'elle donne une idée du mode d'action de la galvanisation dans certaines paralysies toxiques.

R. Rivoire.

FINSKA LÄKARESÄLLSKAPETS HANDLINGAR
(Helsingfors)

R. Taltin. *La thoracoplastie dans la tuberculose pulmonaire* (*Finska Läkaresällskapets Handlingar*, tome LXX, nº 12, Décembre 1928). — Sur 15 malades chez lesquels T. eut recours à une thoracoplastie pour tuberculose pulmonaire, 4 sont encore vivants 4 à 8 ans après l'intervention. Il semble que ces patients puissent être considérés comme guéris.

Des 11 autres malades, 4 ont succombé aux suites immédiates de l'opération. Chez les 7 derniers, la tuberculose pulmonaire a continué à évoluer et l'issue fatale est survenue au bout de peu de mois, sauf pour un patient qui a survécu 3 ans.

C'est au procédé de Sauerbruch que T. a eu

recours. L'opération a été généralement faite en un seul temps, sous anesthésie locale. La résection du phrénique a été pratiquée 6 fois à titre complémentaire. FRANCIS MUNCH.

R. C. Ohman (Jacobstad). ***Sur la thoracoplastie extra-pleurale dans la tuberculose pulmonaire*** (*Finska Läkaresällskapets Handlingar*, tome LXX, n° 12, Décembre 1928). — O. a eu l'occasion de pratiquer 5 fois la thoracoplastie extra-pleurale pour tuberculose pulmonaire. De ces malades, 3 ont succombé, l'un de méningite (24 jours après le premier temps), un autre de néphrite aiguë (38 jours après la deuxième opération), le troisième de pneumonie caséeuse (au bout de 74 jours). Les 5 autres opérés sont toujours vivants et paraissent dans un état satisfaisant. Il y a, d'ailleurs, lieu de noter que, pour 2 d'entre eux, l'intervention remonte à 9 et 11 mois seulement et que 2 autres malades sont encore en traitement dans un sanatorium. Le résultat le plus favorable a été obtenu dans le premier cas de la série : il remonte actuellement à 5 années, et le malade paraît avoir récupéré toute sa capacité de travail. FRANCIS MUNCH.

BRATISLAVSKÉ LEKARSKE LISTY

(*Bratislava*)

B. Kuklova. ***Contribution à l'immunologie du charbon*** (*Bratislavské Lekarske Listy*, tome IX, n° 9, Septembre 1929). — K., après observation de 41 cas, estime que l'œdème de la peau est, dans le charbon de l'homme, en relation directe avec la gravité de l'infection. Dans les cas à signes cliniques graves, régulièrement l'œdème était étendu, intéressant par exemple toute la moitié du corps quand l'affection siégeait à la main ; dans les cas à évolution bénigne, au contraire, il se limitait aux environs immédiats de la pustule. Le tableau clinique de la forme dite « œdème malin » corrobore aussi cette constatation. Dans 5 cas, l'œdème était accompagné d'une éruption de phlyctènes, petites et de taille moyenne, remplies d'un liquide séreux, purulent ou hémorragique. Dans 5 cas, les phlyctènes étaient extraordinairement grandes et se prêtaient bien à l'examen par la quantité de liquide y contenu.

K. décrit un cas où, chez un homme de 55 ans, apparurent de très nombreuses phlyctènes, fluctuantes, atteignant jusqu'à 10 cm. en moyenne Couvrant à peu près toute une extrémité supérieure et accompagnées d'un œdème notable, étendu, elles étaient de deux sortes : les unes, au voisinage immédiat de la pustule maligne, renfermaient un liquide hémorragique avec *bacillus anthracis* et guérirent par nécrose; les autres, remplies d'un liquide séreux sans bacille, guérirent par dessiccation, sans formation de croûtes. Le contenu fut injecté à des cobayes par voie intracutanée, tantôt seul, tantôt conjointement à du *B. anthracis* et l'effet en fut comparé avec celui exercé sur ce bacille par 4 sérums sanguins, *in vitro* et *in vivo*.

D'après ces expériences, le liquide séreux retiré, au stade aigu, d'une phlyctène formée spontanément, empêche le développement du *B. anthracis* dans les milieux de culture habituels. Il empêche aussi l'éclosion de la maladie chez un cobaye vacciné avec du *B. anthracis* ayant séjourné 24 heures dans le liquide phlycténeux à 37°. Des propriétés semblables ont été reconnues pour le sérum antianthracique et le sérum antidiphtérique; elles ne l'ont pas été pour le sérum normal. Il ne s'agit pas d'une mort du bacille; sa multiplication et le développement de ses propriétés pathogènes sont seulement empêchés.

Le liquide phlycténeux n'a pas les propriétés d'une agressine observées par Bail dans le liquide œdémateux. N'augmentant pas l'activité d'une dose microbienne subléthale, mais diminuant au contraire l'activité d'une dose léthale, il a donc plutôt les propriétés d'une antiagressine.

L'immunité des tissus — autant qu'on peut en juger par les propriétés du liquide phlycténeux — persiste seulement peu de temps dans le charbon. Trois semaines après la disparition des signes aigus on ne trouve déjà plus dans le contenu d'une vésicule cantharidienne les substances immunisantes constatées dans la phlyctène charbonneuse du stade aigu. Après disparition des signes morbides, le sérum sanguin ne diffère que peu du sérum normal.

Les propriétés du liquide des phlycténes témoignent que, dans le charbon de l'homme, le processus immunisant se manifeste aussi dans la peau. L'œdème est l'expression habituelle de cette réaction de défense de l'organisme. Les phlyctèaes, rarement très nombreuses, sont un signe de sa grande intensité et le stade phlycténeux de la pustule maligne a ainsi une signification analogue.

M. Mikula ***Appendicite suppurée dans une hernie*** (*Bratislavské Lekarske Listy*, tome IX, n° 9, Septembre 1929). — Cas exceptionnel d'inflammation de l'appendice dans une hernie, opéré chez un enfant. Garçon de 2 ans, envoyé à la clinique avec le diagnostic de hernie étranglée. Pas de signes d'étranglement ; seulement des vomissements. Selles normales. Pouls accéléré, irrégulier, faible. Moitié droite du scrotum tuméfiée, de la grosseur du poing ; la tumeur remonte jusque dans la région inguinale. Peau tendue, rouge et luisante. A la palpation, la tumeur offre de la fluctuation ; dure, mobile sur le côté externe, elle ne se laisse pas bien séparer de la peau. L'anamnèse apprend que l'enfant souffrait d'une hernie libre à droite. La tumeur, intéressant la région inguinale droite et tendant vers le scrotum, a éveillé soudain des douleurs notables ; des signes d'inflammation sont apparus peu à peu dans le scrotum. En conséquence, le diagnostic inflammation de hernie étranglée fut posé. Cependant l'opération fit reconnaître l'erreur : il s'agissait d'une appendicite aiguë suppurée dans le sac herniaire, sans aucune inflammation ni étranglement de la hernie. La castration unilatérale dut être pratiquée. Guérison.

V. Nabelel. ***Modifications du sérum sanguin après exposition aux rayons ultra-violets, eu égard spécialement au sérum carcinomateux*** (*Bratislavské Lekarske Listy*, tome IX, n° 9, Septembre 1929). — La quantité d'albumine est déterminée avant et après l'irradiation par le procédé de Foit. Après l'exposition aux rayons ultra-violets et aux rayons Rœntgen, les modifications de la coagulation sont recherchées par le procédé de Becka :

1° Après l'application, même des doses les plus fortes, de rayons ultra-violets et Rœntgen, aucune modification microscopique ni aucune modification du tableau de coagulation n'apparaît, si le réchauffement est empêché par refroidissement artificiel ;

2° Si le sérum exposé aux ultra-violets n'est pas refroidi, il s'échauffe à 80° environ et une couche se forme à la surface; ramené après l'exposition à 72 pour 100 d'albumine, il présente un tableau de coagulation modifié. Aucune modification ne se produit pour un sérum non irradié, réchauffé dans un bain à 80° ;

3° Le sérum de cancéreux aux stades initiaux ne diffère en rien du sérum normal. C'est seulement dans le sérum de sujets cachectiques qu'il est possible de constater un déplacement du tableau de coagulation vers la gauche.

Du sang soumis aux plus fortes doses de rayons ultra-violets et Rœntgen, puis défibriné, a été injecté dans un but thérapeutique à des porteurs de tumeurs. Aucun effet n'a été observé en dehors d'une élévation modérée de la température et de la modification du tableau sanguin.

M. Sazel. ***Tétanie gastrogène dans un ulcère du duodénum et gastrectasie*** (*Bratislavské Lekarske Listy*, tome IX, n° 9, Septembre 1929). — Cas de tétanie aiguë, à issue mortelle, survenue au cours d'une gastrectasie par sténose du pylore chez un homme de 21 ans. Anamnèse typique d'ulcère du duodénum : malaises digestifs durant depuis plusieurs années et vomissements remarquablement fréquent ; surtout dans la dernière période, les vomissements sont très rebelles et le malade souffre tant de la soif qu'il absorbe 5 à 6 litres d'eau par jour. Analyse chimique du contenu de l'estomac : hypochlorhydrie (10), hypoacidité (15) ; en outre, hypersécrétion (200) et signes de rétention. A l'image radiologique, estomac ectasique sans péristaltisme et, dans la région duodénale, petit disque, de la taille d'un haricot, douloureux à la palpation. Subitement des contractures se produisent dans tout le corps, avec sensation d'engourdissement aux extrémités. Le 2e jour, apparaissent tous les signes de la tétanie. L'état ne s'améliore pas et le malade meurt.

A l'autopsie, estomac notablement dilaté, à paroi mince comme du papier. Sur la paroi postérieure, ulcère calleux du duodénum. Hémorragies isolées de la plèvre et du péricarde. Œdème des poumons.

L'auteur rappelle les théories récentes sur l'origine de la tétanie et se rattache à l'opinion exprimée par Gjuric, à savoir que le facteur originel principal est une modification rapide des réactions dans les tissus et dans le sang et l'incapacité de l'organisme à s'y accommoder assez vite. Il met en garde contre les lavages d'estomac et la médication alcaline, susceptibles de préparer le terrain pour la tétanie.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES

(*Philadelphie*)

B. T. Horton et G. E Brown. ***Réactions générales dans l'allergie au froid. semblables aux réactions dues à l'histamine*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXVIII, n° 2, Août 1929). — H. et B. relatent 6 cas présentant des manifestations d'allergie au froid. Les effets locaux du côté de la peau se traduisaient par de la pâleur pendant la phase d'exposition au froid, suivie de rougeur, de gonflement, de prurit et d'augmentation de la chaleur des mains après cessation de l'action du froid. Au bout d'une période de latence de 3 à 4 minutes, apparaissait une réaction générale caractéristique, rappelant absolument celle que cause l'histamine : chute de la pression sanguine, ascension rapide du nombre des pulsations, congestion de la face, tendance à la syncope et rétablissement au bout de 15 à 30 minutes. La disparition complète de la réaction locale demandait de 12 à 24 heures.

Expérimentalement on peut reproduire chez ces sujets des troubles identiques au moyen de l'injection sous-cutanée de 0 milligr. 5 d'histamine. En arrêtant la circulation du bras avec un garrot, la main étant immergée dans l'eau froide, aucune réaction ne se produisait tant que le garrot n'était pas desserré. Ces constatations indiquent qu'une action chimique est à la base des réactions générales, puisque celles-ci n'ont pas lieu tant que le sang ne peut quitter la région refroidie. Ces expériences laissent penser qu'il y a libération d'une substance semblable à l'histamine dans la peau soumise au froid et que cette substance, lorsqu'elle est arrivée dans la circulation générale, produit la réaction typique de l'histamine.

Ces observations confirment les travaux de Lewis sur la présence de l'histamine ou de subtances voisines dans la peau humaine.

La thérapeutique a prise sur de tels cas. En immergeant quotidiennement les mains dans l'eau froide dont on abaisse la température pendant des périodes de plus en plus longues, on peut obtenir d'excellents résultats. P.-L. MARIE.

J. F. Landon et V. Lyman. ***Anémie à hématies falciformes; splénectomie*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXVIII, n° 2, Août 1929). — L'anémie à hématies falciformes est une affection, décrite jusqu'ici exclusivement chez les noirs, de nature familiale et caractérisée surtout par une anémie marquée avec présence d'hématies en croissant, des arthralgies et des myalgies, des crises répétées de douleurs abdominales, un état subfébrile et souvent des ulcérations des jambes. La splénectomie a été faite dans 6 cas. L. et L. en ajoutent un

nouveau qui concerne un enfant de 4 ans qui fut considéré longtemps comme atteint d'anémie splénomégalique de von Jaksch. La splénectomie permit d'enlever péniblement une rate dure, fibreuse, pesant 621 gr., sur les coupes de laquelle on aperçut des hématies falciformes qui furent alors retrouvées dans le sang circulant dans les préparations en chambre humide; on n'en trouva pas chez ses parents. 14 mois après l'opération, l'état était bien meilleur : les globules rouges étaient passés de 950.000 à 3.800.000, l'hémoglobine de 12 à 58 pour 100. Mais il existait encore des hématies falciformes, un peu de fièvre et des crises douloureuses abdominales.

Dans aucun des cas opérés jusqu'ici, la splénectomie n'a fait disparaître le caractère falciforme des hématies. Cliniquement les résultats ont été variables. Il semble que l'amélioration ait été surtout observée lorsque la rate était volumineuse. L'opération paraît agir en entravant une hémolyse excessive dont témoignent l'urobilinurie et la bilirubinémie exagérées ainsi que l'abondance des hématies réticulées.

P.-L. Marie.

E. V. Allen. ***Thromboangéite oblitérante; méthodes pour diagnostiquer les lésions chroniques oblitérantes des artères au-dessous du poignet*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXVIII, n° 2, Août 1929). — Bien des cas diagnostiqués érythromélalgie, maladie de Raynaud sont en réalité des cas de thromboangéite oblitérante. Le diagnostic des affections oblitérantes des artères périphériques (thromboangéite, artériosclérose) doit s'appuyer avant tout sur la mise en évidence de la diminution ou de l'absence des pulsations artérielles à la palpation, sur la température de la peau et sur les effets produits par le changement de position des membres, sur la coloration des téguments. Mais la méthode palpatoire et la mesure de la température sont insuffisantes lorsque l'oblitération siège en aval du point où l'on pratique d'ordinaire la palpation, à la main, par exemple. Des renseignements précieux sont alors fournis en comprimant l'artère cubitale ou radiale et en examinant la rapidité du retour de la coloration normale de la peau.

Si l'on suspecte une oblitération de la cubitale, on comprime les 2 radiales avec le pouce. Puis le patient ferme les mains aussi vigoureusement que possible pendant une minute pour chasser le sang de la main, et ensuite étend rapidement ses doigts, la compression de la radiale étant maintenue. On note le retour de la coloration de la main et des doigts. Chez les sujets normaux la pâleur est promptement remplacée par une rougeur plus marquée que d'habitude qui fait place peu à peu à la coloration normale. Si les artères cubitales sont oblitérées, la pâleur se maintient plus ou moins longtemps. On répète l'épreuve en comprimant les cubitales.

L'atteinte des artères digitales est indiquée par l'intensité de la pâleur au niveau des doigts, pâleur qui peut être distribuée irrégulièrement selon la localisation des lésions. On peut aussi exprimer le sang du doigt et le rendre pâle en le pressant entre le pouce et l'index pendant 5 secondes. Normalement, la pâleur produite est remplacée par la coloration habituelle ou une rougeur légère dès qu'on cesse la pression. En cas d'occlusion elle persiste plus ou moins longtemps. L'épreuve s'exécutera de préférence les mains élevées. Un petit manchon sphygmomanométrique aide beaucoup pour apprécier les modifications des pulsations des artères digitales.

Les 3 cas relatés par A. démontrent la nature parcellaire de la thromboangéite oblitérante. Dans le premier, il existait une atteinte d'une seule artère cubitale; dans un autre, de l'artère cubitale gauche et des artères de l'index et du médius droits; dans le dernier, de l'artère cubitale en dessous du poignet et des artères des quatre derniers doigts.

P.-L. Marie.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY
(Chicago)

Lunsford et Schauffler. ***Kyste lymphangiectasique de la petite lèvre gauche*** (*Archives of Dermatology and Syphilology*, tome XIX, n° 6, Juin 1929). — Une jeune femme de 17 ans, enceinte de 5 mois, présentait une tuméfaction kystique de la petite lèvre gauche. La tumeur était transparente, molle, compressible et fluctuante. Elle fut excisée sous anesthésie locale. La section de la tumeur montra un tissu spongieux formé de nombreuses cavités, communiquant entre elles et contenant un liquide clair, transparent et légèrement visqueux. Il s'agissait donc d'un kyste lymphangiectasique, diagnostic que confirma l'examen histologique.

Les cas de ce genre sont très rares. 5 ont été publiés : un cas d'Epstein en 1892 chez une femme syphilitique de 40 ans et chez laquelle la lésion disparut avec le traitement spécifique ; un cas de Brindeau, en 1905, chez une femme de 25 ans ; un cas de Lehmann, en 1905, chez une femme vierge de 22 ans ; un cas de Stockes, en 1923, chez une femme de 31 ans et un cas de Tobias, en 1923, chez une jeune fille de 15 ans. Seul le cas de Brindeau est nettement comparable au cas de L. et S. ; la lésion était strictement limitée à la petite lèvre. Dans les autres cas, la tumeur empiétait sur la région périnéale et périanale. L'étiologie de cette lésion est inconnue.

R. Burnier.

BRAZIL MEDICO
(Rio de Janeiro)

Annes Dias. ***Azotémie chloropénique*** (*Brazil Medico*, tome XLIII, n° 31, 3 Août 1929). — Ce remarquable travail, que l'auteur a communiqué récemment au Congrès de Médecine du Brésil (Juillet dernier), mériterait une étude approfondie, car en ses quelques pages il pose une série de problèmes des plus intéressants et sait les retourner sur toutes leurs faces

Il part des travaux du professeur Blum (de Strasbourg) auquel il rend la plus entière justice. Il est des azotémies liées à une diminution de la chlorurémie et qui régressent avec la restitution à l'organisme des chlorures dont il a besoin La conclusion de A D. diffère cependant sur bien des points. Tandis que, pour Blum, l'azotémie tendrait à rétablir la concentration moléculaire, pour A. D., le phénomène initial consisterait en un certain degré d'histolyse qui libérerait des produits azotés divers. Azotémie ne voudrait pas dire forcément déficit rénal, puisque le dosage de ces corps dans l'urine révèle un chiffre sensiblement normal. Le sel, et non pas le chlore seul, constituerait le plus grand obstacle à la désintégration azotée, à telle enseigne que les organes (le poumon, dans la pneumonie) en retiennent dans leurs parenchymes des quantités considérables. Que l'on restitue à de tels malades le sel dont ils ont besoin, ce n'est qu'après plusieurs jours que la chlorurémie et la chlorurie augmentent, comme si les organes faisaient tout d'abord leur plein de sel.

Le premier acte de la maladie consisterait donc dans l'histolyse des tissus ; l'appel du sel du sérum vers les tissus constituerait un processus de défense. Les travaux récents de Gosset, Petit-Dutaillis et Binet plaideraient dans ce sens. On sait que l'occlusion intestinale s'accompagne d'azotémie avec chloropénie marquée; or, en donnant à un malade en état d'occlusion des chlorures en abondance, les troubles s'améliorent sensiblement et rapidement.

Ce point principal acquis, l'auteur fait ressortir l'importance considérable des modifications du milieu sanguin, du milieu interstitiel, de l'équilibre des divers électrolytes sur la vie et sur le fonctionnement des éléments cellulaires, dont aucun physiologiste ne conteste la réalité. Il aborde les rapports entre la chlorurémie, par exemple, et l'équilibre acide-base, la réserve alcaline, etc. Mais ce sont là des problèmes qu'il ne fait que signaler à l'attention sans chercher à les résoudre.

On comprend l'intérêt de ce travail que l'auteur ne négligera pas, nous l'espérons, de reprendre et de développer dans la suite.

M. Nathan.

H. de Beaurepaire-Aragao. ***Possibilité de la propagation directe de la fièvre jaune de la « Stegomya » à l' « Ædes Ægypti » sans l'intermédiaire de l'homme*** (*Brazil medico*, tome XLIII, n° 31, 3 Août 1929). — Ce travail fait suite à un article antérieur publié dans ce même journal (n° 24, 15 Juin 1929), dans lequel B rapporte avoir, dans un cas, infecté des *Ædes Ægypti* mâles en leur faisant absorber le sang défibriné d'un macaque rhésus atteint de fièvre jaune. Ces premiers résultats ont été confirmés et complétés par 5 nouvelles expériences qui ont démontré en outre qu'on peut infecter des *Ædes Ægypti* mâles en les mettant au contact de femelles infectées et réciproquement des femelles en les mettant au contact de mâles infectés. Ces expériences expliquent, d'après B., ces cas de fièvre jaune qui se déclarent dans certaines localités longtemps après l'extinction d'une épidémie, sans que l'on puisse établir la possibilité d'aucune contagion humaine.

M. Nathan.

REVISTA MEDICA LATINO-AMERICANA
(Buenos Aires)

P. Escudero et E. Varela. ***Etat de la moelle osseuse au cours de l'ictère hémolytique avant et après la splénectomie*** (*Revista Medica Latino-Americana*, tome XIV, n° 165, Juin 1929). — Dans 3 cas déjà publiés par E. et V. et analysés par nous dans ces colonnes, E. et V., après trépanation tibiale, avaient constaté la reviviscence de la moelle osseuse chez des sujets ayant dépassé la trentaine. Cette reviviscence portait surtout sur les éléments rouges; elle intéressait de façon beaucoup plus discrète les éléments blancs. Néanmoins E. et V. avaient eu l'impression qu'il ne s'agissait pas là d'une réaction autochtone.

Un cas récent leur permit de vérifier cette impression chez un sujet qui subit la splénectomie. Avant l'intervention, l'état de la moelle osseuse répondait au type décrit par E. et V. Un examen pratiqué 3 mois après la splénectomie montrait que la moelle osseuse était revenue à l'état quiescent. La rate était donc le siège initial du processus.

M. Nathan.

A. Lacroze. ***Les diabétiques et le mal de mer*** (*Revista Medica Latino Americana*, tome XIV, n° 165, Juin 1929). — Au cours d'une traversée, L. fut frappé de ce fait que les diabétiques même caractérisés étaient peu sujets au mal de mer; ils ne l'étaient que si leur diabète prenait un type consomptif. Un de ses clients, vieux diabétique, qui fit de fréquentes traversées, lui dit avoir été sujet au mal de mer au cours de ses premières traversées, alors que, suivant toute vraisemblance, il n'était pas encore diabétique; depuis il y était devenu complètement réfractaire, même au cours des plus fortes tempêtes. Une enquête approfondie confirma L. dans son opinion.

Voici comment il explique le fait :

Sans revenir sur toutes les théories relatives à la cause du mal de mer, il semble qu'il relève d'un état d'hypervagotonie; or l'on sait que la majorité des diabétiques est nettement sympathicotonique, fait qui ne doit pas étonner en raison des synergies bien connues entre le pancréas, le sympathique et l'appareil thyroïdien.

M. Nathan.

RÉPERTOIRE DE MÉDECINE PRATIQUE

Un classeur des **Répertoires de Médecine pratique** *est en vente à nos bureaux au prix de : France et étranger,* **9** francs *(envoi franco).*

(N° 510)

La rumination chez l'enfant

La rumination, dite encore *mérycisme*, normale chez les bêtes à cornes et autres herbivores rentrant dans la classe des animaux *ruminants*, est, dans l'espèce humaine, une anomalie rare pour ne pas dire exceptionnelle. Cependant on la rencontre de temps à autre, et nous avons vu d'assez nombreux enfants qui en étaient atteints. A l'époque où cette affection avait pour nous l'attrait de la nouveauté, nous en avions recueilli cinq observations (fillette de 3 ans présentée à la *Société médicale des Hôpitaux* le 3 Mai 1907, revue générale sur le mérycisme dans les *Archives de médecine des Enfants* en Juillet 1907, quatre observations nouvelles dans un petit mémoire paru dans ce recueil en 1912). Depuis cette date, nous avons soigné plusieurs petits ruminants sans en parler.

La rumination est caractérisée par le retour dans la bouche d'aliments ingérés et parvenus dans l'estomac ; ces aliments, au lieu d'être chassés au dehors, comme il arrive dans les régurgitations et les vomissements, sont avalés de nouveau sans déplaisir par les enfants. Il se produit une contraction antipéristaltique des muscles stomacaux et œsophagiens, dont l'enfant n'a pas conscience et ne souffre nullement. Bien plus, il en éprouve parfois du plaisir, refusant de cracher l'aliment ruminé quand sa mère le lui commande. Le trajet du bol alimentaire, dans la rumination, est interrompu, renversé, le chyme refluant vers l'œsophage, au lieu de franchir le détroit pylorique pour pénétrer dans l'intestin.

Ce reflux s'accomplit sans effort, sans violence, avec douceur comme on le voit chez les vaches à l'herbage ou en stabulation. La *régurgitation* du nourrisson au sein ou au biberon est distincte de la *rumination* ; il semble que l'estomac se débarrasse du trop-plein qui coule à l'état liquide ou en caillots hors de la bouche du bébé, sans être de nouveau dégluti ; distincte aussi est l'*éructation* qui traduit la sortie des gaz introduits dans l'estomac et résulte de l'*aérophagie*. Le *vomissement*, aisé ou pénible suivant les cas, est caractérisé par l'expulsion du bol alimentaire, tandis que le *mérycisme* au contraire y met obstacle.

Quand le nourrisson est ruminant, on voit bien le lait dégluti remonter dans la cavité buccale après la tétée ; mais, au lieu d'être projeté à l'extérieur, il est retenu dans la bouche pour redescendre ensuite. Ce va-et-vient se répète un grand nombre de fois, avec un rythme plus ou moins régulier, sans qu'il en résulte le moindre inconvénient pour la santé du bébé. Chez les enfants assez grands pour traduire leurs sensations, on recueillera avec surprise, quelquefois, l'aveu d'un réel plaisir dans l'exercice de la rumination. Ils trouvent un goût agréable à l'aliment, liquide ou épais, qu'ils ruminent et se refusent de s'en séparer.

Chez l'enfant, comme chez l'adulte, il y a des degrés et des variantes dans le mérycisme. Tantôt, au moins pendant une assez longue période, la rumination se reproduit après chaque repas, tantôt elle ne se voit que rarement, de loin en loin, accidentellement, à l'occasion d'un excès alimentaire, d'un mets inusité. Tantôt l'anomalie disparaît après quelques mois ou quelques années, tantôt elle se prolonge jusqu'à l'âge adulte et dure toute la vie. Il y a des ruminants temporaires et des ruminants à perpétuité. A côté des ruminants qui éprouvent du plaisir, il en est qui accusent du dégoût, de l'acidité, de l'amertume, surtout quand le bol alimentaire remonte deux ou trois heures après le repas. Il se fait parfois une sélection dans les aliments ruminés, tel malade ne ruminant que les liquides, tel autre que les purées, les œufs, la viande, etc.

Le mérycisme a assez souvent un caractère héréditaire et familial. Le Dr E. M. Brockbank (*Br. Med. Journal*, 25 Février 1907) a vu un ouvrier de 36 ans, rumiant depuis son enfance, dont le père, le grand'père, les frères et sœurs étaient ruminants ; marié à une femme qui ne l'était pas, il a eu 6 enfants dont 5 étaient ruminants. Quand l'hérédité similaire manque, l'hérédité neuro-arthritique, la *tare nerveuse* ne manque pas. Les enfants que nous avons observés étaient nerveux, excitables, énurésiques, convulsifs, géophages, onychophages et leurs parents également nerveux.

Cette *névrose digestive* est pour nous un stigmate de dégénérescence, dans ses formes accusées et permanentes.

1° Régularité dans les heures de repas, sobriété, boire de l'eau, manger lentement, bien mastiquer ; les parents donneront l'exemple ;

2° Quand il s'agit d'enfants déjà grands, capables de comprendre, user de persuasion, faire de la psychothérapie ;

3° Vie au grand air, dans le calme, séjour à la mer ou aux champs ;

4° Hydrothérapie sous forme de douches tièdes ou de drap mouillé ; frictions sèches matin et soir, avec un gant de coton ou de laine. Ajouter, deux fois par semaine, un bain de 10 minutes à 36° avec 125 gr. de carbonate de soude ;

5° Faire prendre, après les deux principaux repas, dans un verre à bordeaux d'eau tiède, une semaine sur deux :

Sulfate de soude.	0 gr. 40
Bicarbonate de soude	0 gr. 30
Phosphate de soude	0 gr. 20
Citrate de soude.	0 gr. 10

Pour un paquet, n° 14 ; sels très purs et anhydres ;

6° Parfois l'acide chlorhydrique est favorable :

Acide chlorhydrique médicinal	1 gr.
Eau distillée.	100 gr.

Une cuillerée à café, dans un verre à bordeaux d'eau sucrée, après les deux principaux repas, la semaine suivante.

J. Comby.

RÉPERTOIRE DE MÉDECINE PRATIQUE

Un classeur des **Répertoires de Médecine pratique** *est en vente à nos bureaux au prix de : France et étranger,* **9** francs *(envoi franco).*

(N° 511)

Vomissements œsophagiens

Nous avons tous connu un de ces malades qui vous narre, avec une certaine surprise, une véritable inquiétude, la mésaventure qui lui arrive presque quotidiennement.

Après un repas banal, sans incident, notre patient se sent subitement une sorte de gêne, de compression épigastrique. Ces symptômes augmentent rapidement, amènent une sensation d'angoisse qui cesse brusquement avec un vomissement. « Et, chose invraisemblable, ajoute notre malade, je vomis ainsi environ un verre à bordeaux d'un liquide filant, et, bien que je sorte de table, je suis incapable d'y *déceler le moindre résidu alimentaire.* »

Nous connaissons la pathogénie de ce vomissement : fermeture œsophagienne à hauteur du cardia, qui met une barrière infranchissable entre le contenu gastrique et les liquides œsophagiens et surtout salivaires, amas de ce liquide salivaire dans le conduit œsophagien, malaises consécutifs et contraction de l'œsophage qui rejette de bas en haut son contenu anormal.

Le patient a donc en effet raison quand il dit ne découvrir dans ses vomissements aucune trace d'aliments, car un examen plus minutieux n'y décèle que du mucus et surtout des sulfocyanures qu'on ne trouve chimiquement que dans le liquide salivaire.

Mais à quoi est dû cet arrêt salivaire à hauteur du cardia ?

Deux causes paraissent devoir le provoquer, selon que le vomissement salivaire apparaît de suite après le repas ou quelques heures après le repas.

Le premier cas est dû à des symptômes d'aérophagie. L'examen radioscopique permet en effet de constater une chambre à air de dimension anormale. On comprend que le déplacement topographique qui se produit dans ce cas puisse amener, même sans spasme du cardia, une compression extrinsèque de l'extrémité œsophagienne sous-diaphragmatique.

C'est d'ailleurs chez ces malades qu'on peut rencontrer tous les petits signes de l'aérophage bien décrits par Leven (langue rouge, salivation abondante, nocturne).

Le vomissement salivaire, qui se produit quelques heures après le repas, nous paraît consécutif à des troubles de sécrétion gastrique.

Dans ces cas il se produit un spasme du pylore qui entraîne par voie réflexe un spasme du cardia.

Nous avons pu confirmer cette opinion sur un malade qui présentait un ulcus duodénal avec spasme douloureux du pylore et vomissement œsophagien tardif.

Le traitement chirurgical de l'ulcus amena la guérison de l'un et de l'autre de ces symptômes.

Traitement. — Le traitement est différent, selon qu'on a affaire à un vomissement œsophagien précoce ou tardif, consécutif à une aérophagie ou à un trouble de sécrétion gastrique.

1er Cas : *Vomissements œsophagiens précoces.* — Nécessité de rassurer le malade, de peu modifier son alimentation, mais de lui donner les conseils suivants :

Manger horizontalement, à la romaine.

Dès le début du repas, maintenir une boule d'eau chaude sur la région stomacale, boule qu'on pourra garder une demi-heure après la fin du repas.

Ne pas boire en mangeant, mais boire une demi-heure avant le repas et une infusion chaude après le repas, qu'on prendra de préférence au chalumeau et dans laquelle on mettra une dizaine de gouttes de teinture d'ipéca.

2e Cas : *Vomissements œsophagiens tardifs.* — Nécessité de laisser le malade à un régime d'hypersécrétion (lait, laitages, potages toutes les trois heures).

Donner entre les prises alimentaires une cuillerée à soupe d'une suspension médicamenteuse obtenue avec des sels alcalins insolubles.

Carbonate de bismuth	5 gr.
Carbonate de chaux	2 gr.

Pour un paquet.

Délayer dans un verre d'eau. A prendre par cuillerée à soupe entre les prises alimentaires.

Léon Meunier.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR

(*Paris*)

R. Dujarric de la Rivière. *Etude d'une toxine végétale : la toxine phallinique* (*Annales de l'Institut Pasteur*, tome XLIII, n° 8, Août 1929). — D. a préparé un extrait d'amanite phalloïde qu'il appelle *toxine phallinique* et qui lui a servi depuis 10 ans à faire des essais d'immunisation chez l'animal et à préparer un sérum antiphallinique.

Après des essais sur plusieurs espèces animales, il a adopté, pour le titrage de la toxine, le lapin et la souris inoculés par voie intrapéritonéale. La dose mortelle correspond à la quantité de toxine qui, par voie intrapéritonéale, tue en 4 à 6 heures un lapin de 1.800 à 2.000 gr. A défaut du lapin, la souris présente des phénomènes d'intoxication comparables.

Contrairement à l'opinion classique, le mouton ne jouit d'aucune immunité naturelle contre les extraits d'amanite phalloïde. Les chèvres présentent une sensibilité analogue. Les cobayes ont des différences habituelles de sensibilité importantes.

Chez les animaux inoculés, l'examen du sang ne montre pas de modifications cytologiques importantes. Les globules rouges sont très résistants, ceux de lapin et de cobaye plus sensibles.

Les accidents prédominants sont toujours des accidents nerveux. Il y a une diminution très appréciable de la chronaxie.

Avec la toxine phallinique vieillie, on a pu obtenir une immunisation du cheval. Le sérum des chevaux immunisés a une valeur préventive inconstestable chez le lapin et la souris. Le mélange sérum + toxine, laissé en contact pendant 1 heure, puis injecté dans le péritoine du lapin, se montre neutre. Ce sérum a été employé dans quelques cas chez l'homme. D. rapporte 4 observations de sujets intoxiqués par les amanites qui ont été traités par le sérum antiphallinique et qui ont guéri.

Il y aurait intérêt à multiplier ces essais, parce que la thérapeutique des accidents d'intoxication phalloïdienne ne dispose d'aucun traitement rationnel et parce que la sérothérapie proposée par D. semble active et sans danger.

Le sérum antiphallinique doit être injecté le plus tôt possible après l'ingestion des champignons toxiques, au moins à la dose de 40 cmc, et ne doit pas empêcher la mise en œuvre de la thérapeutique habituelle. Robert Clément.

C. Levaditi en collaboration avec **V. Sanchis-Bayarri et P. Lépine** (pour la partie expérimentale) et **M[lle] R. Schœn** (pour la partie histologique) — *Etude sur l'encéphalo-myélite provoquée par le toxo-plasma cuniculi* (2e mémoire) (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. XLIII, n° 9, Septembre 1929). — On peut créer chez le lapin un état réfractaire à l'infection toxoplasmique, en inoculant le virus toxoplasmique dans le névraxe ou dans la chambre antérieure de l'œil ou dans le derme ou encore dans la circulation sanguine par voie intraveineuse.

Quel que soit le mode d'introduction, les animaux acquièrent une immunité qui leur permet de supporter l'injection intra-encéphalique d'une dose d'émulsion mortelle pour un lapin neuf.

Les toxoplasmes introduits dans l'encéphale de lapins immunisés y sont détruits dès la deuxième heure de façon totale, alors que, chez l'animal non immunisé par une première inoculation, après une attente qui peut durer 45 heures, les germes pullulent d'une façon progressive.

Il n'en est pas de même *in vitro* : on ne peut mettre en évidence des propriétés parasiticides du sérum ou même du névraxe d'animaux jouissant d'une immunité antiprotoplasmique.

Dans la toxoplasmose, comme dans les infections herpétique ou neuro-vaccinale, l'immunité est éminemment de nature cellulaire. Chaque système tissulaire se défend pour son compte par des moyens qui lui appartiennent en propre.

Le *toxoplasma cuniculi*, qu'on ne peut cultiver sur les milieux artificiels, se multiplie au contact de tissus cultivés *in vitro* et conserve sa virulence à 37° au moins pendant 9 jours.

Robert Clément.

E. Roubaud. *Recherches biologiques sur le moustique de la fièvre jaune, « Aedes argenteus Poiret »; facteur d'inertie et influence réactivante du développement; les œufs durables et leur importance dans le rajeunissement du cycle évolutif* (*Annales de l'Institut Pasteur*, tome XLIII, n° 9, Septembre 1929). — R. a repris l'étude des conditions d'éclosion du Stegomyia de la fièvre jaune (*Aedes argenteus, A. Egypti, St. fasciata*) à la lumière des recherches sur les phénomènes d'inactivité spontanée et de réactivation métabolique qu'il a précédemment poursuivis chez de nombreux insectes.

Cet insecte préfère déposer ses œufs un peu au-dessus de la surface d'affleurement de l'eau le long des parois des récipients-gîtes. Les femelles recherchent constamment, pour déposer leurs œufs, de préférence à l'eau pure, soit une surface ligneuse propice à une fermentation ou une décomposition microbienne, soit l'eau souillée. Il semble qu'elles soient guidées par leur sens olfactif.

L'*Aedes* de la fièvre jaune présente la particularité physiologique curieuse de produire des œufs actifs qui éclosent à la manière ordinaire en 2 ou 3 jours, et des œufs inactifs ou durables dont l'éclosion est différée plus ou moins longtemps. L'eau pure sert de réactif pour la distinction de ces deux types.

Jusqu'ici, les œufs durables étaient considérés comme des éléments reproducteurs aptes à entretenir l'espèce d'une saison à l'autre en lui permettant de franchir, soit une période de sécheresse prolongée, soit la mauvaise saison hivernale. Pour R., les œufs durables permettent aux aédines de réagir contre des effets de surcharge toxique, soit héréditaires, soit externes, qui tariraient le développement des moustiques. Les œufs durables renferment des larves asthéniques affectées d'épuisement précoce. Pour que le développement de ces larves se fasse, il faut qu'à la faveur du repos complet qui leur est imposé dans l'œuf, elles se réactivent. L'œuf durable est un agent de rajeunissement obligatoire qui confère cycliquement aux individus la vigueur nécessaire pour un développement rapide.

Les agents microbiens, les levures d'eaux souillées exercent sur les œufs latents des Stegomyias une action stimulante analogue à celle des diastases du tube digestif sur les œufs de parasites. Les œufs durables peuvent représenter pour ces moustiques un mode d'adaptation aux agents microbiens extérieurs.

L'importance biologique des œufs durables dans le cycle évolutif du Stegomyia nécessite une particulière attention pour la prophylaxie de la fièvre jaune. Il faut non seulement détruire les larves en cours de développement dans les eaux, mais aussi les œufs durables qui parsèment la surface interne des récipients-gîtes. Le procédé le plus simple pour détruire ces œufs consiste dans le grattage soigneux ou le curage intérieur des surfaces de dépôt accessibles, ou le flambage à l'aide d'une lampe d'émailleur, ou la stérilisation des eaux de canalisation par le chlore.

Robert Clément.

REVUE DE LA TUBERCULOSE

(*Paris*)

Ch. Roubier et S. Doubrow (Lyon). *Etude histopathologique du mode d'action du pneumothorax artificiel dans la tuberculose pulmonaire* (*Revue de la tuberculose*, 3e série, tome X, n° 4, Août 1929). — R. et D. précisent d'abord les modifications vasculaires, l'état régressif des conduits aérophores et l'état du tissu conjonctif au niveau des lésions tuberculeuses. Puis ils présentent une étude analytique de ces modifications déterminées par le pneumothorax sur le parenchyme sain du poumon comprimé, sur les lésions tuberculeuses nodulaires, sur les cavernes.

Dans l'ensemble, les lésions tuberculeuses du poumon subissent, sous l'action du pneumothorax, des modifications importantes. La première porte sur le régime circulatoire des territoires malades comprimés : elle se traduit anatomiquement par une panvascularite étendue. Elle a pour corollaire physiologique une ischémie considérable des régions tributaires de ces vaisseaux. Cette ischémie entraîne un changement profond dans la structure et la minéralisation du tissu conjonctif matriciel et, partant, dans les éléments anatomiques creux qu'il abrite (conduits bronchiques, cavités pathologiques). Ces éléments sont envahis par un bourgeonnement du tissu conjonctif scléro-atrophique. La caractéristique importante de ce tissu est sa tendance à l'homogénéisation hyaline, qui le rend réfractaire à l'éclosion de nouveaux nodules tuberculeux.

Quant à la question de la destinée ultérieure des lésions scléro-atrophiques, reliquat d'un pneumothorax artificiel, on les considérait naguère comme définitives et l'on ne comptait plus pratiquement sur un poumon collabé. Le pneumothorax était considéré à peu près comme l'équivalent d'une ablation chirurgicale du poumon malade. Or, Rist a montré les ressources inattendues de vitalité contenues dans ces moignons en apparence atrophiés.

Si le pneumothorax s'est compliqué d'un épanchement de la grande cavité, on peut assister à la guérison par pachypleurite rétractile. Le fibrothorax peut aussi se constituer, plus rarement, sans qu'une pleurésie liquidienne préalable vienne le déclencher.

En suivant radiologiquement les poumons tuberculeux jusqu'à la guérison clinique, on peut constater leur régénération fonctionnelle avec réapparition d'une image claire, d'un champ pulmonaire à peu près normal, ce qui semble prouver que les processus de condensation et de raréfaction du parenchyme pulmonaire au cours de l'évolution de la tuberculose peuvent être réversibles. Les blocs hyalins inclus dans un tissu conjonctif peuvent disparaître au cours d'un processus de régénération (Nageotte). Dans un cas de pneumothorax abandonné, où le poumon est revenu sur lui-même, R. et D. ont vu le tissu scléro-atrophique sillonné par des néo-formations alvéolaires revêtues d'éléments aplatis, avec réapparition de la trame élastique des *septa* inter-alvéolaires, comme on en voit dans un bloc mésenchymateux labouré par la poussée épithéliale pendant l'organogenèse embryonnaire du poumon. On peut se demander si le point de départ de ce processus ne résiderait pas dans certaines inclusions épithéliales en puissance observées par R et D. au milieu d'un stroma scléro-atrophique.

L. Rivet.

ARCHIVES DES MALADIES DU CŒUR DES VAISSEAUX ET DU SANG

(*Paris*)

R. Leriche et R. Fontaine (Strasbourg). *Deux nouveaux cas d'angine de poitrine traités chirurgicalement* (*Archives des maladies du Cœur, des Vaisseaux et du Sang*, tome XXII, n° 9, Septembre 1929). — Aux 4 cas d'angine de poitrine, traités par la sympathectomie cervico-thoracique, qu'ils ont déjà publiés dans ce même journal en 1927, L. et F. en ajoutent aujourd'hui 2 nouveaux dont les résultats peuvent être appréciés actuellement après 14 mois pour l'un et après 4 mois pour l'autre.

Dans le 1er cas, il s'agit d'un homme de 47 ans, non spécifique, souffrant d'un syndrome angineux sévère avec crises fréquentes du type effort, en rapport probablement avec une aortite au début, chez qui l'ablation du ganglion cervical supérieur, du ganglion

intermédiaire et la section des rameaux du ganglion étoilé du côté gauche ont eu comme résultat de faire disparaître complètement, depuis plus d'un an maintenant, l'angine de poitrine. Malheureusement, au cours de l'intervention, un incident opératoire (hémorragie par section d'une artère polaire inférieure anormalement développée) obligea de placer une ligature en plein ganglion étoilé d'où résultèrent des troubles douloureux post-opératoires particulièrement intenses et rebelles. Ces troubles ont diminué, au cours des premiers mois, un succès qui, sans cela, aurait été vraisemblablement complet; ils paraissent toutefois, à l'heure actuelle, en voie de régression.

Le 2e *cas* concerne une femme de 42 ans souffrant depuis des années de violentes crises paroxystiques qui, dans leur ensemble, rappelaient celles de l'angine de poitrine; mais elles étaient précédées d'une phase de dyspnée inspiratoire avec tachypnée. Le cœur et l'aorte étaient normaux. En conséquence, on avait porté le diagnostic d'angine de poitrine du type secondaire anorganique combinée à des accès de bronchospasme. Dans ces conditions, une opération sympathique paraissait indiquée. Elle consista dans l'ablation en un bloc de la chaîne sympathique cervico-thoracique gauche comportant le ganglion moyen, le ganglion intermédiaire et la totalité du ganglion stellaire. A la suite de cette opération, la malade resta sans crises pendant 10 jours, puis elle eut de nouveau 2 crises très fortes, puis des états de malaise avec sensation d'imminence de crises qui poussèrent à compléter la 1re intervention par l'ablation du ganglion étoilé droit. Depuis lors, c'est-à-dire 4 mois, la malade est restée sans crises, elle se considère comme entièrement rétablie et elle a repris ses occupations professionnelles de lingère.

ARCHIVES DES MALADIES DES REINS et des ORGANES GÉNITO-URINAIRES (Paris)

L. Ambard. ***Rôle de la pituitrine dans la diurèse, d'après les travaux modernes*** (*Archives des maladies des Reins et des Organes génito-urinaires*, tome III, no 6, Mai 1929). — Dans un bref article, A. rapporte les amusantes oscillations d'un problème de physio-pathologie :

1o Les recherches de Magnus et Schæfer font de la pituitrine un diurétique;

2o Van den Velden, à la suite d'un travail de Frank (1912) sur les relations entre le diabète et l'hypophyse, obtient, par la pituitrine, une sédation de la diurèse dans le diabète insipide;

3o Après une controverse sur l'action de la pituitrine dans la diurèse (1920-1922), les physiologistes s'aperçoivent que la pituitrine provoque une oligurie chez tous les animaux à l'état de veille et, au contraire, une polyurie chez tous les animaux endormis, au moins par certains narcotiques;

4o Camus et Roussy, alors que l'on est arrivé partout à cette conclusion que le diabète insipide est un syndrome hypophysaire, montrent (1913) que, chez le chien, c'est l'extirpation, non de l'hypophyse, mais du *tuber cinereum* qui cause une polyurie comparable à celle du diabète insipide et cette assertion est vérifiée par d'autres auteurs;

5o Varney (1926) observe un chien perfusé avec du sang défibriné propulsé par un couple *cœur-poumon*; ce chien sécrète alors une urine de diabète insipide (Varney et Starling). Ce phénomène est peut-être dû à une absence du contrôle hypophysaire. Sur un nouveau chien, la tête est préparée de façon à pouvoir extirper aisément l'hypophyse au moment voulu. La tête ainsi préparée est intercalée dans le circuit perfuseur : le taux des urines décroît, celui des chlorures remonte. On extirpe alors l'hypophyse : il apparaît des phénomènes inverses, polyurie et oligochlorurie. Cependant il n'a pas été touché au *tuber cinereum*;

6o Trendelenburg et Sato (1927-1928) montrent que l'extrait de *tuber cinereum* a *seul* le pouvoir de provoquer une élévation du chiffre des urines avec abaissement de leurs chlorures. Pour montrer que la substance active appartient en propre au *tuber cinereum* et n'y a pas diffusé de l'hypophyse, les expérimentateurs enlèvent l'hypophyse. 20 jours plus tard, l'extrait de *tuber cinereum* montre vis-à-vis de la diurèse une activité très augmentée, compensatrice de l'activité hypophysaire détruite;

7o D'autre part, Hélène Bourguin entreprend les mêmes expériences et arrive à une conclusion diamétralement opposé : *tous les extraits* étaient diurétiques et celui du *tuber cinereum* l'était devenu davantage après hypophysectomie. C'est qu'oublieuse des leçons du passé, elle avait étudié les phénomènes sur les animaux endormis par le véronal;

8o Trendelenburg, reprenant les mêmes recherches sur des animaux véronalisés, arriva aux mêmes résultats qu'Hélène Bourguin.

Ainsi certains problèmes se trouvent résolus en première approximation. Mais nous ne savons toujours pas pourquoi la fonction tubo-hypophysaire s'inverse sous l'influence de certaines narcoses.

G. Wolfrom.

E. Papin (Paris). ***Etude sur la douleur rénale*** (*Archives des maladies des Reins et des Organes génito-urinaires*, tome IV, no 1, 1929). — Ce très intéressant article débute par une étude anatomo-physiologique générale de la sensibilité viscérale, très documentée. Puis l'auteur aborde le problème de la sensibilité réno-pyélo-urétérale à la douleur. Le *rein* lui-même paraît assez insensible ; la palpation forte d'un rein ptosé donne au malade une sensation plus désagréable que douloureuse ; quand on aborde le rein après une simple anesthésie locale des plans musculaires, on trouve l'organe peu sensible à la pression, à la piqûre, à la section. Mais le tiraillement du pédicule et sa ligature restent douloureux; il en est de même du tiraillement du péritoine qui revêt la face antérieure du rein, surtout au niveau du hile. Les douleurs de la ptose tiendraient au tiraillement du péritoine préhilaire. Cependant, un rein enflammé, dégénéré, ischémié, est douloureux, et là on ne peut toujours invoquer un tiraillement ou un excès de volume du rein.

On a pensé que la distension de la capsule propre du rein pouvait expliquer la douleur ; mais les petits reins de néphrite sont, eux aussi, douloureux. La voie suivie par les excitations douloureuses serait le sympathique et, de là, les nerfs spinaux, du 11e nerf intercostal au 2e nerf lombaire. La section du pneumogastrique et celle des splanchniques ne supprime pas la sensibilité douloureuse réno-pyélo-urétérale.

Pratiquement, il est difficile dans la *douleur rénale* de faire la part du rein, celle du bassinet et celle de l'uretère.

Presque toutes les douleurs dites rénales sont pyéliques et dues à l'irritation, à l'infection ou à la distension du bassinet; c'est pour cela qu'hydronéphrose, ptose, lithiase et pyélite sont plus douloureuses que la néphrite. La sensibilité douloureuse du *bassinet et de l'uretère* peut être fort bien étudiée chez l'homme, grâce au cathétérisme de l'uretère, à la distension du bassinet, et plus particulièrement grâce à la pyélographie. Il faut remarquer que l'on ne peut guère dire s'il s'agit d'une sensibilité propre des conduits urinaires, ou bien s'il s'agit d'une sensibilité du tissu conjonctif sous-péritonéal, riche en fibres nerveuses, dont l'uretère est étroitement entouré.

Le sondage urétéral est douloureux; l'intensité de la douleur est variable suivant le degré de brusquerie des manœuvres, mais aussi suivant la sensibilité des malades; le premier sondage d'une série est beaucoup plus douloureux que les sondages suivants. On doit distinguer des *douleurs immédiates* et des douleurs secondaires. Dès qu'elle pénètre dans l'uretère, la sonde fait mal; cette sensation est due sans doute au refoulement de la vessie entraînée par la sonde; le malade sent encore, mais sent moins la sonde qui progresse; il la sent davantage si elle franchit un rétrécissement. L'arrivée de la sonde dans le bassinet n'est pas perçue; mais si on pousse, si on l'engage dans un calice et si elle vient piquer une papille, la douleur reparaît.

Les douleurs secondaires consistent en véritables coliques néphrétiques ; elles peuvent être dues à l'obstacle qu'apporte un caillot, ou le gonflement d'une muqueuse irritée, un peu éraillée. Aux sondages suivants, cette douleur secondaire diminuera.

Peut-être le bassinet est-il sensible au chaud et au froid, mais il est difficile de l'affirmer; les sensations éprouvées par le malade peuvent être dues au reflux dans la vessie du liquide injecté dans le bassinet; une sonde vésicale de contrôle évitera toute erreur.

Bassinet et uretère sont fort peu sensibles à l'action irritante des antiseptiques. Ils sont surtout sensibles à la distension. Alors que la capacité anatomique du bassinet est de 20 à 25 cmc, sa capacité physiologique, chez l'homme, trouve sa limite entre 3 et 7 cmc. Quel est le mécanisme de la douleur par distension? Avec ces chiffres, on ne peut guère parler d'une forte mise en tension de la paroi ; on a incriminé le pincement des filets nerveux extra-pyéliques entre le bassinet et la paroi dure du hile; en réalité, la douleur paraît plutôt due aux efforts de contraction que fait le bassinet pour se libérer de l'obstacle. Dans la lithiase, la douleur cesse quand le calcul est descendu, ou quand l'uretère atone a renoncé à la lutte.

Dans la règle, au cours de la pyélographie, la première douleur ressentie apparaît sur la ligne axillaire antérieure, au niveau du rebord costal. Puis, la douleur, même si la distension cesse, se développe, envahissant les points costo-lombaire, sous-costal, paraombilical et, plus rarement, iliaque; puis les irradiations s'étendent à l'épigastre, au testicule, à la grande lèvre, au rein opposé; parfois la douleur s'étale dans tout le flanc. La douleur est d'autant plus marquée que le bassinet exploré est plus petit ; une grosse poche pyélique souffre peu ; il n'y a pas de douleurs si les uretères, atones, laissent refluer le liquide dans la vessie (sonde de contrôle). L'intensité, la durée de la douleur, sont très variables. Son siège donne lieu à quelques remarques curieuses : une douleur iliaque primitive traduit un obstacle au collet du bassinet; même si le rein est en ectopie pelvienne, la douleur reste sous-costale; elle dépend donc, non de la situation du bassinet, mais du point d'origine des nerfs intéressés. En effet, le point paraombilical répond très rarement au bassinet, mais le plus souvent à la troisième costiforme lombaire.

Les caractères de la douleur provoquée par la palpation ou la distension peuvent aider au diagnostic en permettant au malade de comparer cette douleur avec les douleurs spontanées ressenties lors de la crise douloureuse.

Cet article, dont la suite paraîtra prochainement, est suivi d'un tableau dans lequel l'auteur a noté la façon dont s'est établie la douleur dans une centaine de cas de pyélographie.

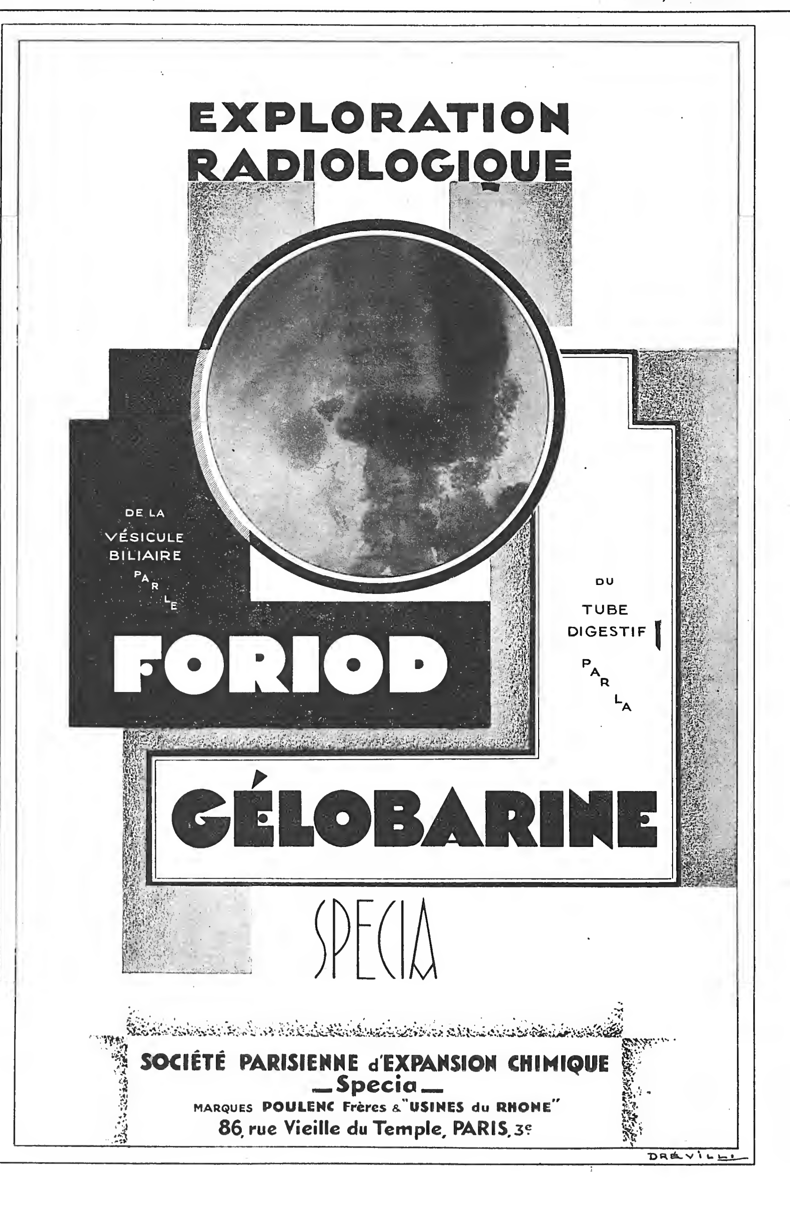
G. Wolfromm.

ARCHIVES des MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DE LA NUTRITION (Paris)

Stéfan Sterling-Okuniewski (Varsovie). ***Do la dilatation idiopathique de l'œsophage*** (*Archives des maladies de l'Appareil digestif et des maladies de la Nutrition*, tome XIX, no 6, Juin 1929). — S.-O. discute les facteurs pathogéniques de l'affection, dont il relate deux observations.

Le mégaœsophage préexiste certainement au spasme du cardia, qui n'a qu'une influence révélatrice. De fait, on constate accidentellement, assez souvent, au hasard d'un examen, l'existence d'un mégaœsophage qui, en l'absence de spasme du cardia, n'attirait en rien l'attention du médecin. Les symptômes pathologiques ne se manifestent qu'à la suite de la contraction du cardia, contraction de cause variable, mais habituellement d'origine nerveuse.

Il s'agit donc de supprimer le spasme au cours d'une dilatation idiopathique de l'œsophage avec


EXPLORATION
RADIOLOGIQUE
DE LA
VÉSICULE
BILIAIRE
PAR LE
FORIOD
DU
TUBE
DIGESTIF
PAR LA
GÉLOBARINE
SPECIA
SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
Specia
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3e
DRÉVILLE

contraction du cardia. Il suffit parfois de certains médicaments agissant sur le vague (atropine, adrénaline, néopancarpine, pilocarpine). Dans d'autres cas, il faut avoir recours à des agents mécaniques (soude) ou à l'intervention chirurgicale (opérations de Mikulicz, Heyrowski, Grégoire, œsophago-gastrostomie : il faut atteindre le diaphragme et sectionner la tunique externe du cardia). Dans les 2 observations relatées par S.-O., la dilatation du cardia par le procédé de Stark, c'est-à-dire par le dilatateur sans intervention sanglante, a donné des résultats satisfaisants. L. Rivet.

G. Jeanneney (Bordeaux). ***Du rôle de l'infection dans les hémorragies des ulcères gastriques*** (*Archives des maladies de l'Appareil digestif et des maladies de la Nutrition*, tome XIX, n° 6, Juin 1929). — L'infection peut intervenir, soit dans la genèse de l'ulcère de l'estomac, soit dans son évolution. Ce rôle de l'infection semble incontestable dans les réveils évolutifs de l'ulcère, en particulier dans les fissurations et perforations; il paraît non moins douteux dans certaines hémorragies. J. relate une observation dans laquelle une infection générale très sérieuse, survenue à l'occasion d'un phlegmon de la main, chez un sujet glycosurique et acétonurique, semble avoir réveillé un ulcère latent et provoqué des hématémèses mortelles. L. Rivet.

JOURNAL DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE (Paris)

Moreau. ***Tabes hérédo-syphilitique tardif chez 4 sœurs; amyotrophie des petits muscles des mains chez 3 d'entre elles*** (*Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, tome XXIX, n° 7, Juillet 1929). — Dans une famille de 8 enfants dont les parents ne présentaient pas de signes patents de syphilis, M. a observé chez 3 filles, âgées respectivement de 44, de 42 et de 37 ans, des signes indubitables de tabes. Ces 3 malades présentaient en outre une amyotrophie Aran-Duchenne que l'auteur considère comme une atrophie myélopathique spécifique.

Malgré l'absence de stigmates d'hérédo-spécificité chez ces malades, M. admet l'origine héréditaire de l'infection chez ces 3 malades en raison de leur virginité, de la coïncidence impressionnante de 3 cas de tabes dans la même famille.

M. rappelle que le tabes hérédo-syphilitique est relativement rare. Il survient le plus souvent avant la 20e année (130 cas), beaucoup plus rarement après (19 cas). Même s'il existe des stigmates, l'origine héréditaire de la cause est toujours délicate à affirmer quand le tabes survient tardivement, comme dans le cas présent. H. Schaeffer.

REVUE DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE (Bordeaux)

Trivas et Tixier (Nevers) ***Contribution à l'étude du symptôme de Gradenigo*** (*Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, an. L, nos 17-18, 15-30 Septembre 1929). — Le syndrome de Gradenigo est caractérisé par une otite moyenne suppurée aiguë, exteriorisée ou non, des douleurs intenses dans les régions fronto-parietale et temporale, une paralysie du moteur oculaire externe. Malgré de nombreuses recherches, sa pathogénie reste encore obscure.

Les diverses hypothèses proposées pour en expliquer le mécanisme peuvent se ramener à trois principales :

1° *La théorie réflexe* invoque les relations directes qui existent entre l'appareil vestibulaire et la VIe paire. L'inflammation de l'oreille moyenne occasionnerait une irritation du labyrinthe qui, en se transmettant le long du nerf vestibulaire, arriverait au noyau de Deiters et par les fibres anastomotiques au noyau du moteur oculaire externe.

Or, physiologiquement, un phénomène à point de départ sensitif ne peut dérlencher la paralysie d'un nerf moteur. Cliniquement, on n'observe pas de troubles labyrinthiques dans le syndrome de Gradenigo.

2° *La théorie de la névrite toxi-infectieuse de la VIe paire* explique le syndrome de Gradenigo par une névrite périphérique à point de départ microbien. Or, au cours des maladies infectieuses, particulièrement dans la diphtérie, il s'agit de paralysies de l'accommodation. D'autre part, cette théorie n'explique pas l'action élective des toxines sur l'abducteur.

3° *La théorie anatomique* s'appuie sur des faits cliniques suivis d'autopsie. Elle invoque l'existence d'une lésion secondaire à l'otite et intéressant l'abducteur en un point de son parcours où il est isolé des autres nerfs. Cette partie correspond à la pointe du rocher. Il s'agit d'une ostéite de la pointe de la pyramide avec une plaque de méningite séreuse ou purulente. Cette théorie a été confirmée par Baldenweck et est généralement admise.

Quant aux voies de propagation, elles peuvent être osseuses (cellules peritubaires, cellules sous-labyrinthiques, érosion du plancher de la caisse) ou veineuses (veines auditives internes, sinus pétreux inférieur).

Une observation des auteurs permet de dégager le fait suivant : bien que généralement considéré comme une affection bénigne, le syndrome peut revêtir une forme grave qui met la vie du malade en danger. Le pronostic sera donc réservé, car on devra toujours envisager l'éventulité d'une méningite généralisée mortelle. Léroux-Robert.

ARCHIVES INTERNATIONALES DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE et de RHINOLOGIE

C. Ruppe. ***Accidents d'éruption de la dent de sagesse inférieure*** (*Archives internationales d'Otologie-Rhinologie et Laryngologie*, an. XXXV, n. s. t. VIII, n° 7, Juillet 1927). — Dans une monographie très complète, illustrée de 13 schémas, R. repreud l'étude pathogénique, clinique et thérapeutique des accidents d'éruption de la dent de sagesse inférieure et il aboutit aux conclusions suivantes :

Dans l'immense majorité des cas, les accidents d'éruption de la dent de sagesse intéressent les plans superficiels de recouvrement de la mandibule. L'accident initial est la péricoronarite suppurée due à la persistance anormale et à l'infection du sac péricoronaire. Cette persistance anormale provient soit de la réflexion trop antérieure de la muqueuse jugale par dysharmonie entre le développement de l'arc osseux et de l'arc alvéolaire (théorie du manque de place), soit de l'obliquité de la dent (expliquée par l'obliquité anormale de l'axe folliculaire, ou par le mécanisme du développement osseux mandibulaire). Les deux causes de persistance anormale du capuchon muqueux peuvent coexister. Quant à l'infection de ce sac péricoronaire, elle est d'ordinaire spontanée et toujours d'origine buccale.

Cette péricoronarite suppurée tourne court le plus souvent, mais récidive jusqu'à disparition complète du capuchon muqueux. Elle peut être un foyer latent d'infection qui provoque des angines à répétition, des stomatites légères, une adénite subaiguë solitaire. Elle peut se compliquer d'accidents aigus (cellulites, adénites, stomatites) exceptionnellement sérieux.

Les accidents osseux sont très rares et graves. Leur pathogénie est discutée, l'infection de l'os pouvant se faire par voie dentaire, par voie sanguine, ou au cours d'une péricoronarite suppurée grave, par voie sous-périostée ou alvéolo-dentaire. Ces accidents osseux sont du type ostéo-périostite ou ostéo-myélite. Leur particularité est d'avoir tendance à évoluer vers la table interne et vers la région de l'angle.

Les accidents réflexes ne doivent être admis que lorsque l'on a éliminé toutes les autres causes de névralgie.

Dans les accidents superficiels, ne pas opérer en période chaude; ne le faire que s'il y a persistance d'accidents infectieux graves. En cas d'accidents osseux, opérer d'urgence et enlever la dent.

Ne jamais intervenir sans une radiographie préalable qui permette de mesurer les difficultés possibles de l'extraction.

LE NOURRISSON (Paris)

S. Stroe, Mme H. Stroe et P. Théodorini. ***Les ferments pancréatiques au cours des troubles digestifs de la première enfance*** (*Le Nourrisson*, an. XVII, n° 4, Juillet 1929). — Nos connaissances sur la sécrétion externe du pancréas et surtout sur les troubles morbides liés à une insuffisance externe de cette glande se sont notablement enrichies depuis l'introduction du tubage duodénal en clinique. Ce tubage est peu pratiqué par les pédiatres français, pourtant il est bien moins dangereux et désagréable pour les petits patients qu'une ponction lombaire ou qu'une pose de ventouses scarifiées. En Amérique et en Allemagne, le tubage duodénal est par contre assez largement utilisé chez les enfants (A. F. Hess, I. Krieger, Irène Grenier, etc.).

Dans le présent mémoire, S., S. et T., après avoir décrit la technique du tubage duodénal chez le nourrisson, publient les constatations qu'ils ont faites chez 3 enfants atteints de diarrhées intenses et rebelles, diarrhées du type dyspeptique, avec selles aqueuses contenant du mucus et des aliments non digérés, souvent putrides et malodorantes.

L'examen du liquide duodénal montra une diminution marquée de la lipase et surtout de la trypsine dont le pouvoir représentait à peine 50 pour 100 de sa valeur habituelle. Cette insuffisance trypsique se manifestait d'ailleurs cliniquement par une intolérance élective presque absolue pour les substances albuminoïdes. Le régime hydrocarboné était seul supporté par ces petits malades, alors qu'un régime albumineux reproduisait régulièrement les troubles digestifs.

La diarrhée des albumineux a donc pour base une insuffisance pancréatique partielle, ce qui a fait donner au syndrome par S., S. et T., le nom de *dyspepsie pancréatique dissociée*.

L'atteinte des cellules pancréatiques et le dysfonctionnement de la glande peuvent être la conséquence d'une intoxication alimentaire ou d'une infection; mais, de toute manière, le tubage duodénal seul permet avec certitude le diagnostic précis de ces insuffisances panréatiques dissociées. G. Schreiber.

A.-B. Marfan et Mme Dollfus-Odier. ***Sur le traitement du rachitisme et de la tétanie par l'ergostérol irradié*** (*Le Nourrisson*, an. XVII, n° 4, Juillet 1929). — De leurs observations personnelles M. et D.-O. concluent à l'action calcifiante puissante de l'ergostérol irradié.

Dans le *rachitisme*, cette action se manifeste par la reminéralisation rapide des extrémités diaphysaires des os longs, reminéralisation suivie de leur retour à la forme normale. Le pouvoir calcifiant de l'ergostérol irradié se manifeste aussi par le relèvement du taux du calcium et de la cholestérine du sang, plus précoce et plus marqué que celui de l'acide phosphorique, et par la prompte disparition des accidents de la tétanie.

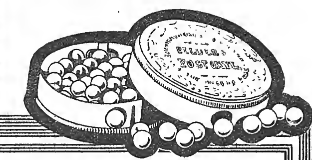
Mais l'action de l'ergostérol sur les autres troubles du syndrome rachitique est très inconstante ou très incomplète : l'hypotonie musculaire, l'intumescence des organes lymphoïdes et surtout l'anémie sont peu modifiées ou le sont très lentement; elles le sont moins bien ou plus tardivement encore que par l'application directe des rayons ultra-violets.

Si l'on compare les effets de celle-ci à ceux de l'ergostérol irradié, on voit que les deux médications ont sur les os rachitiques une action analogue. Mais l'ergostérol irradié calcifie l'os plus vite et le remodèle plus lentement. D'autre part, l'application directe des rayons ultra-violets a une action eutrophique générale que n'a pas l'ergostérol irradié, au moins au même degré.



LE FOSFOXYL est le Spécifique de toutes les Carences Phosphorées.

RÉGÉNÉRATEUR DU SYSTÈME NERVEUX.
TONIQUE - APÉRITIF
FIXATEUR DE L'ION CALCIUM.
MODIFICATEUR DES SÉCRÉTIONS ENDOCRINIENNES.
TRAITEMENT DES CONVALESCENCES ET DE L'ASTHÉNIE POST GRIPPALE.



FOSFOXYL

(terpénolhypophosphite de soude : C10 H 16 PO3 Na.)

ADULTES (par 24 heures) — PILULES : 8 — SIROP, LIQUEUR : 2 cuillerées à dessert à prendre dans un peu d'eau

aux ENFANTS prescrivez le SIROP, dans un peu d'eau ou dans le biberon : par 24 heures :
Moins de 2 ans : 1/2 cuillerée à café
de 2 à 5 ans : 1 id
plus de 5 ans : 2 id

Les Laboratoires Carron spécialisés dans l'étude et la préparation des terpénothypophosphites, présentent dans la même série chimique les

FOSYLS

modificateurs de la constitution chimique des tissus dans lesquels le métal est véhiculé par une molécule organique phosphorique entièrement assimilable

CALCOFOSYL	terpénolhypophosphite de	calcium	comprimés dosés à 0 gr. 05
MANGANOFOSYL	id.	manganèse	
MAGNESOFOSYL	id.	magnésium	
CUPROFOSYL	id.	cuivre	

Pour les ENFANTS, le CALCOFOSYL est présenté en SIROP DE CALCOFOSYL.
Doses : Moins de 2 ans 1 cuiller à café ; 2 à 5 ans : 2 cuillers à café ; au dessus de 5 ans 4 cuillers à café.

Littérature et échantillons :
Laboratoire Carron, 69, rue de St-Cloud
Clamart (Seine)

Cependant, dans la pratique, ce qui assure à l'ergostérol une supériorité sur l'application directe des ultra-violets, c'est que son emploi, plus facile et moins coûteux, n'expose pas aux inconvénients qu'on a reprochés à celle-ci, à savoir de favoriser les refroidissements, de provoquer une vive agitation et d'exposer à la contagion.

L'ergostérol irradié est donc une acquisition précieuse et son emploi occupera désormais dans le traitement du rachitisme une place de premier plan. Mais il agit surtout sur un des éléments de cet état, à savoir les lésions osseuses; sur les autres, son action est inconstante ou peu marquée.

M. et D.-O. ont traité par l'ergostérol 8 enfants rachitiques présentant de la *tétanie* évidente ou occulte; 3 avaient des accidents sévères. L'action du médicament a été, dans tous ces cas, remarquable et rapide. Après une huitaine de jours de traitement, les accidents spasmodiques — laryngospasme, contracture des extrémités, convulsions — disparaissent en même temps que le phénomène de Trousseau. Le signe du facial disparaît plus tard, après une quinzaine de jours environ. Le taux du calcium sanguin, toujours abaissé dans la tétanie, remonte après 5 ou 6 jours de traitement et revient au chiffre normal vers le 10e jour; mais, après la cessation du traitement, les auteurs ont vu réapparaître le signe du facial. Aussi, ont-il adopté comme règle de faire suivre le traitement par l'ergostérol irradié de l'emploi de l'huile phosphorée qui consolide la guérison.

G. Schreiber.

A.-B. Marfan. ***Mode d'action de l'ergostérol irradié dans le rachitisme*** (*Le Nourrisson*, an. XVII, n° 4, Juillet 1929). — Nombre d'auteurs, surtout en Amérique et en Allemagne, ont considéré l'action favorable des méthodes actinothérapiques dans le rachitisme comme une preuve que cet état a pour cause essentielle, sinon unique, la carence des rayons solaires; mais cette théorie a subi divers remaniements et elle a été formulée en dernier lieu de la manière suivante :

Il existe dans l'organisme un principe nécessaire à la formation du tissu osseux des jeunes animaux; on le rapproche des vitamines (facteur D de quelques auteurs, E de quelques autres). Si ce principe fait défaut dans l'économie du jeune en croissance, le rachitisme se développe. Après des recherches multiples, on identifia ce principe à l'ergostérol irradié. L'ergostérol naturel est inactif; il n'a aucune propriété antirachitique; mais, s'il est soumis à l'action des rayons ultra-violets, il se transforme en principe antirachitique. La présence de l'ergostérol a été constatée dans le sang de l'homme et des animaux. Il existe aussi dans la peau, particulièrement dans l'épiderme et les glandes. Celui-ci se transforme en principe antirachitique quand la peau est soumise à l'action de la lumière solaire, riche en radiations ultra-violettes. Si le jeune enfant, dont les os sont en pleine formation, vit dans une habitation obscure, sans en sortir et sans être exposé à la lumière solaire, il sera privé d'ergostérol irradié, c'est-à-dire de principe antirachitique; il deviendra rachitique.

Cette théorie du rachitisme la plus récente est passible, selon M, de nombreuses objections.

En réalité, l'étude des médications actiniques conduit M. à penser qu'elles n'agissent pas sur la cause même du rachitisme, mais sur le processus par lequel cette cause détermine l'altération des os rachitiques. Leur action peut être comparée à celle de l'insuline dans le diabète ; ce médicament n'agit pas sur la cause du diabète, mais sur quelques-uns de ses effets les plus importants et les plus graves.

M. a toujours soutenu que le rachitisme peut être produit par toutes les infections (syphilis congénitale, tuberculose, broncho-pneumonies prolongées ou à rechutes, pyodermites à répétition, etc.) ou intoxications chroniques (alimentation défectueuse, régimes carencés, troubles digestifs prolongés), pourvu qu'elles agissent à la période de croissance des os. Rajeunissant sa doctrine M. admet que, lorsque l'ergostérol irradié fait défaut dans l'organisme du jeune enfant ou lorsqu'il y est en quantité insuffisante, les infections et les intoxications qui peuvent l'atteindre déterminent dans la moelle et le cartilage des os en pleine formation des réactions qui aboutissent au rachitisme.

Par analogie avec ce qui se passe pour un autre stérol, la cholestérine, M. estime aussi qu'il est permis d'avancer que les maladies infectieuses ou toxiques empêchent la production de l'ergostérol ou favorisent soit sa destruction, soit son élimination. Les infections et les intoxications agissent peut-être aussi en empêchant l'activation de l'ergostérol naturel par la lumière solaire.

D'autre part, le foie et même la rate apparaissent comme des dépôts d'ergostérol irradié dans lesquels l'organisme puise suivant ses besoins. M. admet que les infections et les intoxications du premier âge, lésant très souvent le foie et la rate, enlèvent à ces organes la faculté de fixer et de distribuer l'ergostérol irradié.

En somme, pour M., une maladie infectieuse ou toxique, survenant au cours des premiers mois de la vie et suffisamment prolongée, déterminera d'autant plus facilement le rachitisme qu'elle diminuera davantage la production ou l'activation de l'ergostérol dans l'organisme du jeune enfant.

G. Schreiber.

GAZETTE DES HOPITAUX
(Paris)

A. Cange (d'Alger). ***La nécrose de la voûte cranienne chez les épileptiques*** (*Gazette des Hôpitaux*, tome CII, n° 72, 7 Septembre 1929). — G. rapporte l'observation d'un épileptique de 58 ans qui, à la suite d'une attaque, avait présenté une brûlure profonde du crâne ayant donné lieu, au bout de 9 mois, à l'élimination d'un séquestre de 2 cm. sur 8. Il rapproche ce cas d'une observation analogue de Broca. Dans les 2 cas, après l'élimination du séquestre, s'était faite la réparation lente de la perte de substance sans réaction méningée et avec guérison complète.

Les épileptiques sont exposés par leurs crises à de nombreux accidents, dans la proportion de 2 sur 3. Et, parmi ceux-ci, les brûlures sont fréquentes.

Robert Clément.

LE PROGRÈS MÉDICAL
(Paris)

Patel et Carcassonne (Lyon). ***A propos de 28 cas de traumatismes craniens*** (*Le Progrès médical*, n° 40, 5 Octobre 1929). — Le traitement chirurgical des traumatismes craniens est toujours à l'ordre du jour : on continue à discuter la valeur respective de la trépanation à la Cushing, de la trépanation ordinaire et de la ponction lombaire. P. et C. versent au débat une statistique personnelle de 28 cas de traumatismes craniens auxquels ils ont appliqué une thérapeutique variable et qui leur ont permis de se faire une opinion sur la valeur curative des différentes méthodes employées.

Ils n'ont jamais pratiqué de *trépanation décompressive sous-temporale bilatérale* immédiate à la Cushing. Ils estiment, en effet, que ses indications sont peu fréquentes. La ponction lombaire amène des rémissions et le plus souvent permet un drainage effectif des espaces sous-arachnoïdiens. Le drainage, tel que le conçoit Cushing, n'est véritablement efficace que dans les premières 24 heures : très rapidement, en effet, le liquide ne s'écoule plus et la trépanation n'agit alors vraiment que par décompression mécanique.

Dans 4 cas, *on n'a rien fait*. Les blessés ont été mis au repos, tête basse, avec de la glace sur la tête. Chez eux, aucune indication ne se posait pour une intervention quelconque ; la torpeur était sans doute marquée, mais le pouls battait régulier et bien frappé; les réflexes étaient normaux. Très rapidement d'ailleurs les signes d'obnubilation ont disparu et les malades ont guéri en peu de jours.

9 malades ont été *trépanés* avec 6 guérisons et 3 morts. Dans tous les cas les trépanations ont été pratiquées sur la constatation soit d'un signe d'aggravation, soit d'un symptôme d'enfoncement ou de localisation. Parmi les cas malheureux, 2 concernent des malades vus tardivement, avec des lésions ne permettant pas la survie ; un blessé a été emporté par méningo-encéphalite diffuse tardive.

Les trépanations ont toujours été faites larges et étendues, tantôt centrées sur le point même du traumatisme, tantôt dirigées suivant les signes de localisation présentés par le malade. Elles ont permis non seulement un drainage efficace des espaces sous-arachnoïdiens, mais encore un nettoyage chirurgical parfait du foyer de fracture. Elles ont donné la possibilité de voir et de traiter les lésions consécutives au traumatisme.

Dans 15 cas enfin, on a eu recours à la *ponction lombaire* et, dans ces 15 cas, cette thérapeutique simple s'est montrée particulièrement efficace. C'est à elle que P. et C. donnent leur préférence : elle est d'exécution facile, ne présente aucun danger, elle est dans la plupart des cas efficace ; enfin elle est un moyen de diagnostic et de pronostic. Il faut la pratiquer en position couchée, avec un trocart mince, et ne pas réaliser des soustractions brutales et abondantes de liquide pour éviter les phénomènes d'hypotension du liquide céphalo-rachidien. En permettant une mensuration exacte de la tension de ce liquide (manomètre de Claude) elle permet de suivre l'amélioration ou l'aggravation de cette tension. Elle permet en outre l'examen cellulaire et chimique du liquide. Jamais, chez leurs blessés, P. et C. n'ont observé de phénomènes de blocage ou d'œdème cérébral.

Bref, P. et C. préconisent la ponction lombaire comme le premier traitement de choix dans les traumatismes craniens. Si les symptômes après elle ne s'amendent pas, si l'on voit survenir un signe quelconque de localisation, si le pouls se ralentit, si les pupilles sont inégales, si la tension liquidienne augmente, il est facile et il est temps de pratiquer une trépanation, la trépanation ordinaire, opération qui assure le drainage efficace et continu des espaces sous-arachnoïdiens et permet, par un large jour, le traitement facile des complications qui peuvent apparaître au cours de tout traumatisme cranien.

L'HOPITAL
(Paris)

A. Blondel (Paris). ***Le chlorure de calcium dans les maladies des reins*** (*L'Hôpital*, tome XVII, n° 250, Novembre 1929). — Le calcium avait déjà été préconisé dans les néphrites dès le milieu du siècle dernier ; mais c'est surtout dans ces 25 dernières années qu'apparaît progressivement toute l'importance de ce médicament dans la thérapeutique rénale. Le chlorure de calcium a d'abord été employé comme *anti-albuminurique*, puis a été mis en évidence son *rôle diurétique* et *déchlorurant*.

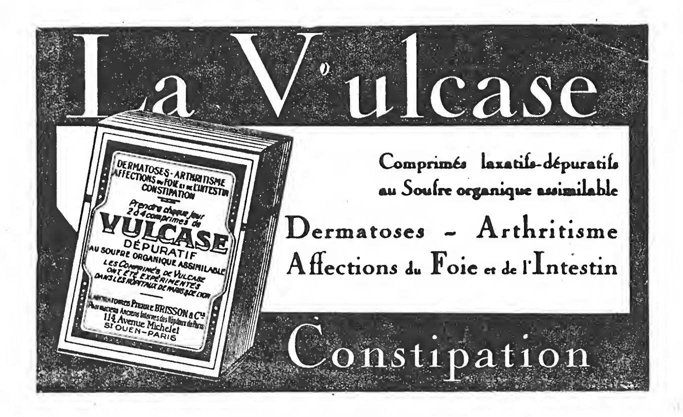
Dans les *albuminuries fonctionnelles* intermittentes, orthostatiques, etc., il n'est encore que trop fréquent de voir instituer un régime sévère, lacté ou lacto-végétarien et déchloruré. Aussi l'état général s'aggrave-t-il vite, car l'élimination des chlorures est normale et le lait débilite l'organisme. Par contre, une bonne hygiène, une alimentation reconstituante et surveillée améliorent la situation. Que l'on y ajoute du chlorure de sodium et très souvent on sera étonné de voir une guérison rapide et complète.

Le chlorure de calcium influence aussi largement l'*albuminurie des néphrites* (infectieuses, tuberculeuses, toxiques, exogènes ou endogènes) et tous les auteurs ont noté après son emploi une diminution, voire une disparition complète de l'albuminurie.

Quant à l'action diurétique et déchlorurante du chlorure de calcium dans la *néphrite parenchymateuse hydropigène*, elle a été mise en lumière par tous les auteurs et elle ressort nettement de quelques observations, accompagnées de courbes démonstratives, publiées par B.

Quel est le mécanisme de la diurèse par le chlo-


Maladies infectieuses des voies urinaires
URICLARINE
(Comprimés)
Antiseptique entéro-rénal et biliaire
PYÉLITES
COLIBACILLURIE
CYSTITES
GONORRHÉE
URICLARINE
LABORATOIRES Pierre BRISSON et Cie


La Vulcase
Comprimés laxatifs-dépuratifs
au Soufre organique assimilable
Dermatoses - Arthritisme
Affections du Foie et de l'Intestin
Constipation
DERMATOSES-ARTHRITISME
AFFECTIONS du FOIE et de L'INTESTIN
CONSTIPATION
VULCASE
DÉPURATIF
AU SOUFRE ORGANIQUE ASSIMILABLE
114 Avenue Michelet
ST OUEN-PARIS

rure de calcium ? Dans les humeurs de l'organisme, il existe un équilibre entre les cations Na et Ca ; de la rupture de celui-ci se produit soit l'hydratation, soit la déshydratation : toute hydratation est accompagnée, en effet, d'une rétention de Na, et inversement; puisque Ca est l'antagoniste de Na, son ingestion provoque, d'après L. Blum, une substitution de Ca à Na, une élimination plus grande de Na par les urines qui entraîne avec lui une quantité d'eau plus ou moins abondante. Le $CaCl^2$ est donc ainsi un véritable diurétique *interstitiel déchlorurant.*

Hémostatique puissant, le $CaCl^2$ est encore capable de rendre de réels services dans les *hématuries* (son rôle préventif dans les opérations rénales est également bien connu des chirurgiens) et dans le traitement des *néphrites hémorragiques*, des *hémoglobinuries* de la *fièvre bilieuse hémoglobinurique*.

Posologie et conditions d'administration. — Le chlorure de calcium étant parmi les sels de calcium le *sel de choix* (L. Blum) dans la thérapeutique rénale — car aucun autre ne l'approche de loin comme efficacité, — il importe, en pratique, de l'administrer par voie buccale : cette voie d'introduction, en effet, est la plus simple, la plus inoffensive, la plus maniable pour les doses élevées et celle qui peut être prolongée aussi longtemps qu'il est nécessaire. Si l'on ajoute à cela que son goût fort désagréable, voire répugnant, a été, pendant longtemps, un obstacle énorme à l'administration de ce médicament, on jugera aisément quel précieux avantage constitue la présentation d'une solution *stabilisée, de goût agréable* et dont LXXX gouttes représentent exactement 1 gr. de $CaCl^2$: le *chloro-calcion*.

On prescrira en principe :

a) *Dans les albuminuries fonctionnelles, intermittentes ou orthostatiques*, chez les enfants et les adolescents, des doses faibles mais continuées longtemps, 0 gr 50 à 1 gr. 50 chaque jour pendant 15 jours par mois.

b) *Dans les néphrites albumineuses simples*, doses faibles également et prolongées, 0 gr. 50 par jour chez l'enfant durant 15 jours par mois, 0 gr. 50 à 1 gr. chez l'adulte.

c) *Dans les néphrites aiguës*, doses faibles, 0 gr. 50 à 2 gr., ou fortes, jusqu'à 11 gr. par jour, avec des œdèmes prononcés.

d) *Dans les néphrites aiguës hémorragiques*, doses moyennes, 3 à 1 gr. par jour avec interruption après 4 à 5 jours, puis reprise.

e) *Dans les néphrites chroniques hydropigènes*, doses moyennes, 4 à 6 gr. par jour, ou mieux fortes, 10 gr. à 15 gr. par jour pendant 5 à 12 jours consécutifs. Il est indispensable de prescrire en même temps un régime pauvre en sodium. A noter toutefois qu'une rétention chlorée sèche coexistant avec une rétention chlorée hydratante, fait très rare, est une contre-indication à l'emploi du $CaCl^2$.

f) *Dans les hématuries, les hémoglobinuries et la fièvre bilieuse hémoglobinurique* enfin, la dose moyenne de 4 gr. de chlorure de calcium est habituelle.

JOURNAL DE MEDECINE DE BORDEAUX et de la RÉGION DU SUD-OUEST

(Bordeaux)

H. Verger, P. Delmas-Marsalet et P. Broustet. ***Ostéo-fibrose kystique de Recklinghausen et carence calcique; thérapeutique par l'ergostérine irradiée et le gluconate de calcium*** (*Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, tome CVI, n° 23, 30 Août 1929). — V., D. et B. rapportent l'observation d'une jeune femme de 36 ans présentant depuis trois ans des douleurs des membres inférieurs avec amaigrissement et impotence musculaire ; des radiographies montrèrent des vacuoles ovalaires en pleine diaphyse fémorale des deux côtés ; des vacuoles analogues existaient sur le cubitus et le radius à droite et sur les tibias. En s'asseyant, la malade se fractura le fémur gauche.

La malade fut améliorée par onze mois d'héliothérapie ; mais, au bout d'un an, les troubles de la marche se renouvelèrent. Après deux mois de traitement par les rayons ultra-violets, une nouvelle amélioration se produisit, mais il n'y eut pas de modifications sur les radiographies ; ensuite, l'administration quotidienne de 4 milligr. d'ergostérine irradiée et l'injection 3 fois par semaine de 1 gr. de gluconate de chaux transforma l'état général de la malade, améliora les symptômes fonctionnels et les radiographies montrèrent de la manière la plus nette une recalcification du tissu osseux. Après six mois de traitement ininterrompu par l'ergostérine et après 3 séries de 30 injections de gluconate de chaux, on voit sur les radiographies les travées osseuses se dessiner mieux et retrouver leur architecture normale (métacarpiens et phalanges). Les cavités osseuses diminuent ; elles se réduisent surtout par l'épaississement de la coque qui les entoure et qui, pour certaines, a au moins doublé. Les cavités ne se comblent cependant pas et il n'y a pas dans leur centre d'ostéogenèse appréciable : enfin, les os perdent leur aspect flou et rugueux.

Le succès de la thérapeutique calcique et ergostérinique dans la maladie de Recklinghausen permet de faire quelques hypothèses sur la nature de cette affection. On peut se demander si le défaut de fixation du calcium n'est pas à l'origine des troubles constatés et si l'ostéite fibro-kystique n'est pas une maladie par carence, par défaut de vitamines ou de tout autre agent de fixation du calcium. La malade vivait confinée dans un logis sans air et sans soleil dont elle ne sortait que pour se rendre dans un bureau plus sombre encore. Dans ce cas, il semble qu'on puisse parler d'une véritable carence solaire.

ROBERT CLÉMENT.

Henri-Fischer (Bordeaux). ***Considérations sur les fistules congénitales anté-auriculaires*** (*Journal de Médecine de Bordeaux*, tome CVI, n° 24, 10-20 Septembre 1929). — La littérature est assez sobre de renseignements sur une malformation congénitale se rattachant à l'appareil auditif, à savoir les fistules anté-auriculaires.

Ces fistules offrent des caractères très particuliers. Elles sont voisines de l'origine de la portion ascendante de l'helix ou situées en avant du tragus. Il s'agit de petites fistules à pertuis punctiforme, situé parfois au sommet d'une petite éminence et auquel fait suite un trajet rectiligne, de direction sensiblement verticale, profond de 5 à 20 mm.

Cette fistule est aussi fréquente à gauche que des deux côtés à la fois ; la fistule du côté droit est extrêmement rare (1 cas seulement sur 45); elle est plus fréquente dans le sexe féminin. La transmission héréditaire existe d'une manière très constante et H. F. publie un tableau généalogique d'une famille affectée de ce vice de conformation au cours de plusieurs générations.

Ces fistules auriculaires proviennent, suivant toute probabilité, d'un défaut de fusion entre 2 des 3 premières saillies cartilagineuses (d'où dérive l'oreille cartilagineuse) ou entre ces saillies et le tégument cranien, avec invagination d'une portion plus ou moins importante d'épiderme. Elles dérivent donc du premier sillon branchial.

Il convient, chez les sujets porteurs de ces vices de conformation, d'éviter tout examen d'exploration ; car ces fistules ne deviennent gênantes que lorsqu'elles sont infectées ; elles déterminent alors de la suppuration, de la rougeur et du gonflement.

Ces fistules ne guérissent pas spontanément. Pour les supprimer, il faut absolument détruire l'épithélium du trajet, soit par injections caustiques ou galvano-cautérisation soit, mieux encore, par extirpation totale du trajet fistuleux. Celle-ci peut d'ailleurs donner lieu à des surprises car on peut être dans la nécessité de poursuivre profondément le trajet fistuleux jusque dans la caisse du tympan.

Ch. Lasserre (Bordeaux). ***Fractures isolées du scaphoïde tarsien*** (*Journal de Médecine de Bordeaux*, tome CVI, n° 26, 10 Octobre 1929). — Les fractures isolées du scaphoïde tarsien sont rares : personnellement, L. en a observé 2 cas, l'un à 4, l'autre à 3 fragments.

On distingue 2 grandes variétés de ces fractures : les fractures du corps du scaphoïde et les fractures du tubercule scaphoïdien. Ces dernières sont rares et la plupart des cas publiés sont discutables : il semble que le plus souvent il s'agisse d'une anomalie osseuse, d'un os surnuméraire (*os tibiale externum*).

En ce qui concerne le mécanisme des fractures du corps scaphoïdien, elles peuvent se faire soit par tassement, soit par flexion exagérée de l'os. — 1° *Par tassement*. Le scaphoïde est pris entre la tête de l'astragale, d'une part, et les trois cunéiformes, de l'autre. L'astragale transmet au scaphoïde toutes les impulsions venant de l'articulation tibio-péronière et de l'arrière-pied. Il joue le rôle du marteau, alors que les cunéiformes constituent l'enclume qui recevra toutes les violences. Or, cette enclume est à trois plans, en trois morceaux divergents ; le scaphoïde pourra être ainsi brisé en trois fragments, un pour chaque cunéiforme. — 2° *Par flexion*. Le scaphoïde, allongé et incurvé, est disposé dans son appareil ligamenteux comme la pièce de cuir dans une fronde, comme la barre de bois dans un trapèze (Abadie et Raugé). Or, de même que le poids du gymnaste pèse au centre du trapèze et tend à rompre la barre d'appui, de même l'astragale, agent de pression et d'effort, exerce son action au centre du scaphoïde, alors que les deux moitiés de cet os sont retenues en sens contraire. La flexion tend donc à rompre le scaphoïde en séparant la partie inféro-interne et la partie supéro-externe.

Les circonstances dans lesquelles se produisent les fractures du scaphoïde sont habituellement les suivantes : — 1° Le dos du pied supporte un poids ou subit un choc qui tend à écraser le pied (roue de voiture chute d'un corps pesant) ; — 2° Le sujet est couché à plat ventre (cavalier sous son cheval) ou à genoux (mineur au travail) : l'avant-pied étant fixé, un traumatisme porte sur la région talonnière, soit sur le talon lui-même, soit sur la partie postérieure de la jambe ; — 3° Torsion du pied sans chute ; — 4° Chute sur la pointe du pied ; — Fracture de cause directe (tout à fait rare). Dans tous ces cas, la fracture se fait toujours par le mécanisme élémentaire du tassement ou de la flexion auquel se surajoute, en proportion variable, la torsion.

Que le blessé soit vu immédiatement ou plus ou moins tardivement après l'accident, on ne peut guère compter sur les signes cliniques — douleur, tuméfaction, déformation — pour poser le diagnostic exact et il est indispensable de recourir à la radiographie pratiquée de face et de profil (à 90°) et comparativement sur l'un et l'autre pied. Seule elle permet d'identifier la ou les fractures de l'os et d'éliminer l'*os tibiale externum*.

Pour le traitement, on devra savoir choisir entre les méthodes d'orthopédie non sanglantes et l'intervention chirurgicale, en ayant pour but et pour idéal la restauration aussi parfaite que possible de l'architecture du pied.

Le simple modelage de la voûte, avec *immobilisation dans un plâtre* en varus pendant vingt jours environ, conviendra aux *fractures sans déplacement* ou aux fractures qui s'accompagnent d'un tassement pour lequel on ne peut pas espérer une reconstitution anatomique de l'os fracturé. Seules les fractures parcellaires pourront être traitées par l'immobilisation simple suivie de massage pendant quinze à vingt jours.

Le problème est infiniment plus complexe quand on constate *un déplacement important*. Le traitement, dès lors, doit remplir plusieurs indications : refouler dans sa loge le fragment scaphoïdien énucléé plus ou moins complètement sur le dos du pied ; réduire la subluxation de la tête de l'astragale dans la voûte du pied ; permettre une reconstitution aussi anatomique que possible de l'os fracturé et de l'architecture du pied, avec consolidation des lésions ligamenteuses. On pourra arriver à remplir ces indications par deux méthodes :

1° La *méthode non sanglante* ou réduction tentée

X
produit intéressant
à essayer

sous anesthésie. Elle échoue assez souvent, mais, quand elle réussit, le résultat est satisfaisant à la condition que le pied soit maintenu pendant au moins un an par une chaussure correcte et une semelle orthopédique ;

2° L'*intervention sanglante* : reposition sanglante simple, résection, ablation du scaphoïde suivie de résection partielle du scaphoïde, résection suivie d'arthrodèse. Pour le choix de l'une ou l'autre de ces méthodes — qui toutes ont donné des succès — il est impossible, on le conçoit, de fixer une règle : il faut s'inspirer des circonstances, de l'importance et de l'ancienneté des lésions.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

M. Péhu et A. Mestrallet (Lyon). ***Sur la pseudo-paralysie de Parrot*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome X, n° 236, 5 Novembre 1929). — Décrite en 1872 par J. Parrot, la pseudo-paralysie est une affection propre aux syphilitiques héréditaires, survenant dans les premiers temps de la vie, parfois constatée dès la naissance ; après 3 mois, il est exceptionnel de l'observer. Elle est caractérisée par une impotence motrice plus ou moins accusée, intéressant un ou les deux membres, mais eux seulement; elle s'accompagne de douleurs, sans troubles objectifs de la sensibilité.

Dans le dernier tiers du siècle dernier, elle a fait l'objet de recherches qui ont exactement fixé sa physionomie clinique et ses bases anatomiques, mais l'application des découvertes radiologiques a beaucoup élargi le champ de nos connaissances sur cette affection. A l'heure actuelle, il ne faut plus admettre qu'elle est toujours causée par le « décollement épiphysaire ». Elle est engendrée par plusieurs variétés de lésions, ostéochondrite de divers degrés, lacunes osseuses, particulièrement gommes de la métaphyse —, lésions polymorphes constatées chez le même sujet et sur plusieurs os. En outre, il est probable qu'il faut invoquer ce facteur : une altération anatomique ou fonctionnelle de l'appareil musculo-tendineux.

— Habituellement, sous l'influence du traitement anti-syphilitique, la maladie de Parrot évolue vers la guérison. Ses reliquats lointains sont peu importants. La phase aiguë terminée, le développement osseux s'effectue dans des conditions satisfaisantes.

Th. Garin et J. Boucomont (Lyon). ***De l'alimentation au cours de la fièvre typhoïde*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome X, n° 236, 5 Novembre 1929). — L'alimentation est indispensable au cours de la fièvre typhoïde. Il n'y a qu'une faute aussi grave que celle de ne pas baigner un typhique atteint d'une forme toxique sévère, c'est de ne pas l'alimenter le plus possible : par la bouche, en profitant des occasions favorables, par le rectum et le goutte à goutte glucosé, par l'injection de sérum physiologique s'il le faut.

L'alimentation par voie buccale devra être liquide ou semi-liquide : l'alimentation solide est sans inconvénient, mais sans utilité, et ne doit être permise que dans les cas légers ou moyens. Dans tous les cas où ils sont bien supportés, le lait et le jaune d'œuf constituent la base de l'alimentation; mais il faut y ajouter les fruits, le jus de viande, les potages, les purées, le café, le vin et les boissons sucrées.

En dehors de la perforation et de l'hémorragie intestinale, il n'y a pas de contre-indication à l'alimentation des typhiques. L'albuminurie n'en est pas une.

En présence d'une *hémorragie intestinale*, le médecin est privé de ses meilleures défenses : le bain et l'alimentation. Il faut se contenter alors de faire boire de l'eau ou du champagne glacé, plus qu'on ne le fait d'ordinaire, et de faire des injections de sérum physiologique (et non de sérum glycosé qui entraîne souvent des abcès). La meilleure forme d'alimentation en présence d'une hémorragie intestinale c'est la transfusion, et il faut transfuser de préférence le sang d'un ancien typhique ou celui d'un récent vacciné. Il convient aussi de reprendre l'alimentation liquide aussitôt que l'hémorragie paraît avoir cessé.

En présence d'une *perforation intestinale ou vésiculaire*, cesser toute alimentation buccale à l'exception de petits morceaux de glace, injecter du sérum salé sous la peau et s'effacer d'urgence devant le chirurgien.

La quantité des urines émises en vingt-quatre heures est un moyen de contrôle commode pour le médecin : il faut arriver à 1.500 cmc d'urine par jour.

L'inanition comporte les plus graves dangers pendant la période d'état ; ce sont le délire d'inanition et la fièvre d'inanition, du début de la convalescence. Le meilleur traitement de ces complications c'est la réalimentation suffisante.

LE SCALPEL
(Bruxelles)

D. Dauve (Anvers). ***Contribution à la lutte contre la stérilité féminine : 17 cas de grossesse après insufflation tubaire et utéro-salpingographie*** (*Le Scalpel*, tome XXXII, n° 45, 9 Novembre 1929). — D. a pratiqué l'insufflation et consécutivement l'utéro-salpingographie chez environ 150 malades atteintes de stérilité. Chez la grande majorité de ces malades, l'imperforation tubaire était la cause principale de la stérilité ; fréquemment, elle était associée à la sténose interne ou externe du col, ou encore à une déviation utérine (déviation latérale ou rétroversion) ou encore à une malformation congénitale (utérus didelphe).

La durée de la stérilité avant le traitement variait de 3 à 17 ans. D. a remarqué que, lorsque cette durée dépasse 12 ans, il devient presque impossible d'obtenir la désobstruction tubaire soit par l'insufflation, soit par l'utéro-salpingographie : la sténose des trompes reste le plus souvent rebelle à ces deux épreuves à partir de cette date. Pour obtenir la désobstruction chez ces malades, il faut d'autres méthodes, et l'intervention chirurgicale paraît nécessaire.

Il ne faut toutefois pas trop s'illusionner sur la valeur de ce dernier genre d'intervention : D. en a pratiqué 8, sans voir survenir aucune grossesse. Dans tous les cas, il s'agissait de sténose tubaire bilatérale rebelle, au voisinage de l'orifice utérin. 7 fois, il a pratiqué la greffe ovarienne dans l'utérus (5 fois d'après le procédé « Ester », 2 fois d'après le procédé Tuffier) : aucune grossesse n'a été signalée ; ces interventions ont été faites il y a plus de 5 ans, avant la mise en pratique de l'utéro-salpingographie. Enfin, dans le 8e cas, D. a pratiqué l'implantation des trompes dans l'utérus après résection de la sténose qui siégeait à l'entrée de l'utérus des deux côtés. Cette malade a été radiographiée après la guérison : les deux trompes étaient libres et perméables. Or, après quelques mois la sténose s'est rétablie ; l'insufflation, tout comme la salpingographie, redevenait négative.

Pour en revenir à l'utérosalpingographie, sur 150 femmes stériles qui y ont été soumises depuis 3 ans, D. a pu en suivre une quarantaine d'une manière certaine, les autres n'étant pas revenues se soumettre à l'examen. Environ 23 sont restées stériles jusqu'à présent, quoique certaines aient été soumises plus d'une fois aux épreuves de désobstruction. Dans 17 cas de stérilité, la méthode a parfaitement réussi : *a*) 3 de ces femmes ont déjà eu 2 enfants et 2 sur ces 3 sont enceintes pour la troisième fois ; — *b*) 8 ont eu un enfant ; — *c*) chez 3 autres, la grossesse n'a pas continué, un avortement s'étant produit vers le troisième mois (chez toutes trois, il y avait d'anciennes lésions annexielles d'origine inflammatoire) ; — *d*) chez les 3 dernières enfin, la grossesse n'est pas encore terminée et elle évolue de façon normale.

Il va de soi que, outre cette méthode de traitement, on ne doit négliger de traiter aussi les causes adjuvantes de la stérilité qui existent en même temps que la sténose tubaire : trois des malades de D. ont été antérieurement opérées pour rétroversion utérine (méthode d'Alexander) ; chez d'autres, il a fallu remédier aussi à la sténose cervicale, par la dilatation à l'aide de laminaires. Il est intéressant d'observer parfois que des trompes rebelles à toute tentative de désobstruction deviennent libres après la dilatation aux laminaires.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

Kafka et Samson. ***L'importance diagnostique de l'albumino-réaction du liquide céphalo-rachidien*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LV, n° 27, 5 Juillet 1929). — L'albumino-réaction de Kafka comporte une série de données biologiques qu'il est possible d'utiliser au point de vue diagnostique.

Le liquide est centrifugé dans des tubes de diamètre connu, avec un réactif précipitant du type Esbach. Le volume d'albumine est ainsi apprécié exactement.

Dans des tubes égaux, la même quantité de liquide est centrifugée avec une solution concentrée de sulfate d'ammoniaque également mesurée et fournit ainsi le volume exact de globuline précipitée. Une vérification est faite pour ce 2e chiffre par redissolution dans l'eau et reprécipitation par l'Esbach.

Le chiffre d'albumine vraie est obtenu en retranchant le chiffre de globuline du chiffre des albumines totales. On peut en déduire facilement le quotient des albumines et le coefficient d'hydratation.

Toutes ces données sont susceptibles d'utilisation pratique. Les recherches de K. et S. ont porté sur 2.500 liquides céphalo-rachidiens et ils ont comparé leurs résultats avec ceux fournis par les autres réactions classiques.

Ils ont pu ainsi rectifier et préciser la limite pathologique d'apparition des éléments cellulaires dans le liquide céphalo-rachidien. L'albumino-réaction permet d'utiliser aussi les liquides sanglants avec un minimum de causes d'erreur.

Enfin, dans les diverses affections du système nerveux central, la sensibilité de cette réaction en ferait un précieux appoint au diagnostic.

G. Dreyfus-Sée.

Molnar. ***Le diabète et la lithiase*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LV, n° 27, 5 Juillet 1929). — Se basant sur une expérience clinique déjà ancienne, M. étudie les rapports entre le diabète et les affections lithiasiques.

Sur près de 1.500 malades, il a observé la coïncidence de lithiase vésiculaire chez 22,3 pour 100 des diabétiques, alors que 7,74 pour 100 présentent une lithiase rénale. La rareté relative des calculs urinaires rend cette proportion élevée. En effet, sur l'ensemble des lithiasiques observés, 7,58 pour 100 lithiasiques biliaires étaient diabétiques, alors que les calculeux rénaux présentaient du sucre dans leurs urines dans 14,5 pour 100 des cas.

Cette coïncidence des deux affections est souvent constitutionnelle et familiale avec assez fréquemment une alternance héréditaire. L'existence dans les antécédents d'une infection, de troubles fonctionnels glandulaires ou digestifs est à retenir en tant que facteurs d'hypercholestérinémie dont le rôle est important dans la constitution du syndrome.

G. Dreyfus-Sée.

E. Seligmann. ***Résultats de la vaccination antidiphtérique après une année d'expérimentation à Berlin*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LV, n° 27, 5 Juillet 1929). — Les chiffres publiés par S. concernant les résultats de la vaccination antidiphtérique à Berlin sont intéressants à étudier, car le grand nombre d'enfants vaccinés et, d'autre part, l'existence antérieure d'une morbidité et même d'une mortalité diphtérique particulièrement intenses depuis 1926 en Allemagne sont des circonstances favorables à la critique de la nouvelle méthode prophylactique.

En Décembre 1927, une circulaire administrative préconisait la vaccination, sous réserve de l'auto-

risation des parents, par les vaccins T. A. (toxine, antitoxine) et T.A.F. (toxine, antitoxine, floculat de Behring) préparés en Allemagne. Les enfants devaient être vaccinés de 1 à 5 ans ; pour les enfants plus âgés et les adultes, la réaction de Schick devait être pratiquée avant la vaccination et seuls des sujets réceptifs devaient être inoculés. La réaction de Schick devait être pratiquée systématiquement 6 semaines après la fin de la vaccination qui comporte 2 injections à 8 jours d'intervalle.

Les renseignements communiqués administrativement ont permis d'établir une statistique précise portant sur 88.172 enfants suivis pendant une année (1928).

Dans l'ensemble, on a noté très peu de réactions vaccinales, locales ou générales, et celles-ci ont toujours été passagères et bénignes, aussi bien avec l'un des vaccins qu'avec l'autre : chez les petits enfants 1,2 avec le T.A.F. et 1,6 avec le T.A. pour 100; chez les plus grands (âge scolaire) 0,6 avec le T.A.F. et 2,4 avec le T.A. pour 100.

Pendant l'année 1928, il y a eu 5.910 diphtéries signalées à Berlin, dont 550 mortelles.

Le pourcentage de morbidité diphtérique calculé pendant cette année est de : 7,1 pour 1000 de 0 à 5 ans; 7,7 pour 1.000 de 5 à 10 ans, et de 10 à 15 ans.

Les enfants ayant reçu une seule injection vaccinale présentent un pourcentage de morbidité plus élevé atteignant 14,3 pour 1.000 de 0 à 5 ans, 6,8 et 8,2 de 5 à 10 et de 10 à 15 ans.

Par contre, chez les enfants vaccinés correctement par 2 injections, on ne trouve plus qu'un pourcentage de 2,2 à 2,5 pour 1.000 pour le vaccin T.A., un peu supérieur 4,9 de 0 à 5 ans, 2,5 et 2,8 pour 1.000 de 5 à 15 ans pour le T.A.F.

Sur les 88.172 enfants on compte 363 cas de diphtérie, soit un pourcentage global de 4,1 pour 1.000, en comprenant les enfants n'ayant reçu qu'une seule injection.

Ainsi de cette expérience on peut conclure à l'inefficacité d'une seule injection, mais à la valeur prophylactique de 2 injections vaccinales.

L'efficacité réelle de la vaccination apparaît plus grande encore si on ne tient compte dans les statistiques que des vaccinations correctement effectués, la morbidité étant environ le 1/3 de celle observée au même âge chez les non-vaccinés.

Par contre, les diphtéries graves paraissent proportionnellement aussi fréquentes chez les sujets vaccinés contaminés que chez les non-vaccinés ; il y a en effet une mortalité de 8.8 pour 100 dans le premier groupe, au lieu de 9,3 dans le second.

Les sujets vaccinés qui contractent l'affection paraissent donc particulièrement inaptes à la résistance, et c'est ce qui explique peut-être que le vaccin n'a pu, chez eux, déterminer la formation d'anticorps.

La recherche de la réaction de Schick après vaccination a montré que 71 pour 100 des enfants étaient immunisés, chiffre qui correspond aux données mises en évidence par Zingh.

En conclusion, les résultats paraissent très satisfaisants, surtout avec le T.A., et il serait intéressant de les comparer avec ceux fournis par les vaccins américains ou l'anatoxine française.

Cet article, très documenté et basé sur une véritable expérimentation clinique, s'oppose donc aux conclusions de Pockels (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LV, n° 14, 5 Avril 1929) qui, au nom de données biologiques, considérait que la vaccination antidiphtérique telle qu'elle est pratiquée en Allemagne est insuffisante.

G. Dreyfus-Sée.

Curt Mandowsky. *L'hyperpnée expérimentale* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LV, n° 28, 12 Juillet 1929). L'étude expérimentale de l'hyperpnée, faite systématiquement, apporte un certain nombre de notions intéressantes.

Le métabolisme sucré au cours de l'hyperpnée subit des variations qui ont été discutées. Les expériences de M. lui ont montré une hypoglycémie constante. Chez les diabétiques, on observe aussi une chute de la glycémie et la tétanie est beaucoup plus rarement observée.

Se basant sur ces faits M. réussit à retarder considérablement l'apparition des phénomènes tétaniques chez des sujets à qui il administrait, au cours de l'hyperpnée provoquée, 100 gr. de sucre de raisin.

Il étudia aussi les divers phénomènes physiologiques et pathologiques corrélatifs de l'hyperpnée, parmi lesquels seuls la tétanie, l'accès épileptique et quelque cas de migraine provoquée avaient été signalés.

La température centrale ainsi que les sécrétions sudorales et lacrymales sont notablement élevées pendant l'hyperpnée.

Il est possible d'utiliser ainsi cette épreuve pour mettre en évidence des troubles localisés de la sécrétion sudorale.

Chez les hypertoniques anciens, fixés, la tension artérielle diminue de même que chez les sujets normaux au cours de l'épreuve. Par contre, les hypertoniques évolutifs présentent une élévation de la pression artérielle en même temps qu'on observe une apparition des signes fonctionnels (douleurs angineuses, céphalés, etc.).

Les douleurs viscérales au cours des affections des organes abdominaux peuvent être mises en évidence par le test de l'hyperpnée. En particulier, les zones sensibles de Head apparaissent nettement ou augmentent d'étendue après la respiration forcée.

Les symptômes neurologiques frustes peuvent être précisés par cette méthode : un signe de Babinski douteux, une réaction pupillaire difficile à apprécier peuvent être ainsi rendus évidents.

De même, en psychiatrie il est possible de déclencher une crise, de rendre manifestes des troubles vagues et frustes qui jusqu'alors ne permettaient pas de conclure avec certitude.

Ce retentissement psychique et physiologique de l'hyperpnée ne peut être expliqué actuellement avec précision, mais sa connaissance est utile et susceptible de nombreuses applications cliniques intéressantes.

G. Dreyfus-Sée.

MINERVA MEDICA

(*Turin*)

Giuseppe Lucchi. *L'épreuve de la concentration peptonique comme test du fonctionnement rénal* (*Minerva medica*, 1929 tome I, n° 24, 16 Juin). — Lebermann, pour obvier aux inconvénients de l'épreuve de la concentration uréique (faussée par l'effet diurétique de l'urée ingérée), a proposé de substituer à cette substance de la peptone de Witte. Les résultats, très satisfaisants, ont incité L. à étudier cette méthode. La technique est des plus simples. L'azote résiduel du sang ayant été préalablement dosé, on administre au malade à jeun 40 gr de peptone sèche dissoute dans 200 cmc d'eau additionnée de 30 gr. de sirop. L'azote résiduel du sang est de nouveau dosé 1, 2 et 3 heures après l'ingestion de l'urée. Chez les individus dont le cœur et les reins se trouvent en bon état, l'administration de peptone est suivie d'une augmentation de l'azote résiduel du sang, augmentation qui commence déjà au bout d'une 1/2 heure, atteint son maximum en 1 heure, et diminue ensuite graduellement. A la 3e heure, le chiffre est redevenu normal ou presque. En moyenne, de 30 à 35 milligr. pour 100 au départ, l'azote résiduel a monté jusqu'à 65 à 70 milligr.

Chez le sujet atteint de glomérulo-néphrite aiguë, l'ascension est rapide, plus importante que chez le sujet sain, et surtout elle est plus durable : la courbe ne redescend que lentement.

En cas de petit rein contracté, on observe de même une persistance prolongée de la surcharge azotée, et, de plus, celle-ci n'atteint son maximum qu'assez lentement.

Chez les sujets atteints de simple stase rénale, la courbe est assez normale. Il en est de même chez les hépatiques où l'on n'arrive pas à mettre en évidence une modification nette, ni constante.

F. Coste.

Dalla Palma. *Traitement du paludisme par la plasmochine* (*Minerva medica*, tome I, n° 24, 16 Juin 1929). — Etude portant sur 33 malades, dont 7 atteints de tierce bénigne (simple ou double), 19 de tierce maligne estivo-automnale (parmi lesquels 10 porteurs de nombreux corps en croissant), 7 soumis à une cure ambulatoire. Vu l'incertitude des conditions d'expérience pour ce dernier groupe, il n'en était pas tenu compte dans les pourcentages. Le médicament était en général donné à la dose journalière moyenne de 6 à 8 centigr., de façon à permettre une cure continue.

Les conclusions sont très favorables à l'usage de la plasmochine qui, dans la tierce bénigne et (selon divers auteurs) la quarte, se présente comme douée de propriétés équivalentes à celles de la quinine. Dans le paludisme à *falciparum*, les deux médicaments n'ont qu'une efficacité limitée. Mais, ce qui est fort intéressant, c'est que leurs actions se complètent : la quinine entrave le développement asexué du parasite, la plasmochine détruit surtout les formes sexuées, les corps en croissant. On peut donc espérer, en les combinant (plasmochine composée ou association simple des 2 médicaments, en proportions précisées par D. P. : 4 centigr. de plasmochine pour 1 gr. de quinine) réaliser une thérapeutique vraiment spécifique et active de cette forme rebelle de la malaria. A noter que la plasmochine peut déterminer quelques accidents : la cyanose et les douleurs abdominales. Ces dernières au moins se trouveraient réduites par l'administration du médicament au milieu des repas. La plasmochine existe également sous forme de solution à 1 pour 100, à injecter par voie intraveineuse, et qui paraît bien supportée.

F. Coste.

Mario Bergonzini. *Recherches sur le métabolisme du calcium et sur l'action thérapeutique de ses sels associés à l'extrait parathyroïdien* (*Minerva medica*, 1929 tome II, n° 30, 28 Juillet). — La thérapeutique calcique doit être associée à l'emploi de substances capables d'aider à la fixation et à l'assimilation du calcium, si l'on veut obtenir une augmentation certaine et durable de la calcémie. L'extrait parathyroïdien est particulièrement efficace. Une dose journalière de 10 unités Collip est suffisante pour déterminer une augmentation discrète de la calcémie. Une quantité supérieure est nécessaire dans les états convulsifs ou d'hyperexcitabilité neuro-musculaire, s'accompagnant d'une perturbation marquée du rapport du calcium au potassium : dans un cas de chorée traité par B. la dose de 50 unités avait dû être atteinte en association avec le traitement calcique. Ce dernier, employé seul, ne donnait qu'une augmentation très inférieure de la calcémie.

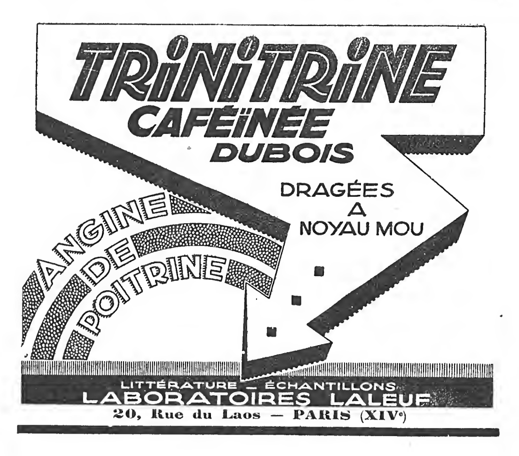
F. Coste.

IL POLICLINICO [*Sezione medica*]

(*Rome*)

Corradi. *La formule leucocytaire dans la période d'invasion du paludisme expérimental* (*Il Policlinico* [*Sezione medica*], tome XXXVI, n° 7, 1er Juillet 1929). — Chez 3 sujets adultes, malarisés par le parasite de la fièvre bénigne au moyen d'injection intraveineuse de 8 à 10 cmc de sang virulent, les altérations de la formule leucocytaire ont été le premier symptôme décelable. Elles ont précédé l'apparition de la fièvre, la découverte de l'hématozoaire dans le sang périphérique, et l'établissement de la splénomégalie. La monocytose en est l'élément le plus caractéristique et le plus constant : elle persiste en dépit des influences mal connues qui font varier eu plus ou en moins la proportion des autres formes leucocytaires. Parfois la monocytose tarde à apparaître et se trouve précédée par un stade de lymphocytose très accentuée. C. n'a pas constaté de différence dans le comportement hématologique des sujets selon qu'ils recevaient du sang de paludéens fortement traités par la quinine, ou, au contraire, peu traités.

F. Coste.


TRINITRINE
CAFÉINÉE
DUBOIS
DRAGÉES
A
NOYAU MOU
ANGINE
DE
POITRINE
LITTÉRATURE _ ÉCHANTILLONS
LABORATOIRES LALEUF
20, Rue du Laos — PARIS (XIVe)

Pratique du sérum antivenimeux

Voici l'époque des vacances; on prépare la trousse médicopharmaceutique à emporter en voyage : il est bon d'y joindre un flacon de sérum antivenimeux. Tout praticien exerçant à la campagne devrait avoir sous la main du sérum antivenimeux.

Ce sérum en effet est utile, dans nos pays, non seulement en cas de morsure de vipères, seuls serpents venimeux de nos régions, mais encore dans certains cas de piqûres d'abeilles, frelons, guêpes. On sait que ces piqûres produisent des accidents graves si elles portent sur les muqueuses et peuvent produire la mort si elles siègent au niveau du pharynx, ce qui arrive chez des individus ayant mangé des fruits contenant ces insectes : la mort survient alors par œdème de la glotte.

Récemment on a cité un cas de piqûre de la langue par un taon : l'individu était atteint d'un œdème local énorme qui menaçait d'atteindre la glotte. Une injection de sérum antivenimeux *loco dolenti*, dans la langue et dans la lèvre, amena très rapidement la rétrocession des accidents.

Le sérum antivenimeux, dû aux travaux de Calmette, Phisalix et Bertrand, est obtenu en injectant à des chevaux des doses progressives de venins de serpents, atténués par l'hypochlorite de chaux; on réussit ainsi à les rendre réfractaires à l'inoculation d'un vaccin non atténué. Le sérum de ces animaux immunisés est curatif.

L'Institut Pasteur prépare quatre sérums antivenimeux spécifiques pour les principaux types de venins :

Le sérum antivenimeux E. R. est spécifique vis-à-vis des venins de vipères d'Europe.

Le sérum antivenimeux A. N. est spécifique vis-à-vis des divers serpents africains (Colubridæ et viperidæ).

Le sérum antivenimeux A. O. est spécifique vis-à-vis des venins des serpents de l'Afrique Occidentale et Equatoriale (Bitis et Cepedon).

Le sérum antivenimeux C est spécifique vis-à-vis des venins de Najas (cobra capella et Bungarus) de l'Inde et de l'Egypte.

Le sérum antivenimeux E. R., le seul qui nous intéresse, est délivré par l'Institut Pasteur, soit en flacons de 10 cmc, soit desséché et contenu dans des flacons bouchés au caoutchouc, chaque flacon représentant 10 cmc de sérum liquide. Mais la présentation habituelle et la plus pratique est le flacon autoinjecteur de 10 cmc.

Une petite boîte de 12 cm. de long environ sur 5 de large contient tout le dispositif nécessaire à une injection. Sur cette boîte est marquée la date de la durée d'efficacité : cette durée est d'au moins cinq ans. Cette boîte est divisée en 3 compartiments, celui du milieu contient le flacon autoinjecteur rempli de 10 cmc de sérum, obturé au niveau de sa grosse extrémité par un bouchon de caoutchouc, destiné à jouer le rôle de piston et recouvert par une membrane de celluloïde. Cette extrémité est encerclée par une pièce métallique à ailettes qui facilitera la prise de l'instrument pendant l'injection. L'autre extrémité du tube injecteur est rétrécie et obturée également par un petit bouchon de caoutchouc recouvert d'une membrane de celluloïde et destiné à être perforé par l'aiguille. Sur les côtés du tube injecteur on trouve dans la boîte d'une part une tige métallique ayant un pas de vis à une extrémité, et d'autre part une aiguille stérile entourée de papier et contenue dans un tube de verre : cette aiguille est double, c'est-à-dire qu'elle pique à ses deux extrémités.

Le mode d'emploi de ce dispositif est très simple :

1° Visser à fond la tige métallique sur le piston de caoutchouc en traversant l'enveloppe de celluloïde et le bouchon de fermeture du flacon ;

2° Retirer du tube de verre et du papier qui l'entoure l'aiguille stérile; traverser entièrement le bouchon de caoutchouc avec la pointe la plus courte de l'aiguille, s'assurer qu'elle se trouve au contact du liquide;

3° Dégager le piston de caoutchouc de toute adhérence à la paroi de verre, en tournant doucement vers la droite avant de pousser le liquide.

Le sérum s'emploie en injection sous-cutanée dans le tissu cellulaire du flanc droit et gauche, à la dose de 10 cmc pour les enfants comme pour les adultes.

L'injection doit être faite aussitôt que possible après la morsure. Si l'on intervient plus de trois heures après, il faut injecter 2 ou 3 doses simultanément. Si l'on intervient plus tardivement, on utilisera la voie endoveineuse.

Le sérum ne renferme aucune substance toxique et ne produit jamais d'accidents. On peut donc renouveler les injections sans danger, à quelques minutes d'intervalle, si c'est nécessaire.

L'injection de sérum n'empêchera pas de prendre les précautions classiques en cas de morsures de vipères :

1° Aussitôt que l'on est mordu, serrer le membre mordu à l'aide d'un lien ou d'un mouchoir, le plus près possible de la morsure, entre celle-ci et la racine du membre, pour éviter la diffusion du poison;

2° Faire saigner la plaie. Chercher à évacuer le venin par succion (si l'on n'a pas d'érosion labiale ou buccale);

3° Laver abondamment la plaie et l'arroser ensuite avec une solution récente de chlorure de chaux à 1 gr. pour 60 gr. d'eau distillée, ou avec une solution de chlorure d'or pur à 1 gr. pour 100. Ces deux substances détruisent très bien le venin qui reste dans la plaie ;

4° Faire un pansement aseptique ordinaire.

Il est inutile de cautériser la plaie avec un fer rouge ou avec des caustiques. On doit éviter d'administrer de l'ammoniaque ou de l'alcool qui ne pourrait qu'être nuisible au malade et au traitement par le sérum.

A. Lutier.

Du gavage et de la sécrétion gastrique provoquée

Le gavage est un moyen thérapeutique qui peut rendre de grands services dans un certain nombre de cas pathologiques : anorexie, névropathie, grands amaigrissements.

Chez tous ces malades où l'estomac s'est désaccoutumé de travailler, il est nécessaire d'intervenir par une mise en train gastrique artificielle. Il n'est pas rare, après un certain nombre de gavages, que l'estomac retrouve ses contractions péristaltiques et sa sécrétion et que le malade se remette spontanément à une alimentation normale et quantitativement suffisante.



En quoi consiste le gavage? A introduire par tube stomacal, directement dans la cavité gastrique, une alimentation demi-liquide et suffisamment abondante : lait sucré, œufs, peptone, poudre de viande.

Ce procédé présente physiologiquement un gros inconvénient; c'est qu'il supprime toute gustation, toute sécrétion psychique. Or nous savons, d'après les expériences classiques de Pawlow sur chiens œsophagotomisés et pourvus d'un petit estomac chirurgical, que la gustation est le *primum movens* qui met en branle l'appareil neuro-glandulaire, le seul agent de la mise en train du processus sécrétoire. C'est en même temps la condition nécessaire de sa continuité, car la digestion des aliments amorcée par cette sécrétion psychique peut alors se continuer spontanément.

Cette infériorité du gavage, qui supprime la gustation, peut être mise en évidence par l'expérience physiologique suivante :

Soient deux chiens porteurs de fistule gastrique et œsophagotomisés. A l'un d'eux, Pawlow introduit directement par la fistule ouverte un nombre déterminé de morceaux de viande crue et cela sans que le chien s'en aperçoive. Les morceaux de viande sont attachés à un fil relié à l'orifice de la canule fistulaire par un bouchon de liège qui le ferme hermétiquement. Le chien est alors mis dans une chambre séparée et abandonné à lui-même.

Chez l'autre chien, Pawlow introduit de la même manière dans l'estomac une quantité égale de viande, mais en même temps on le soumet à un repas fictif de huit minutes qui consiste à lui faire mastiquer et déglutir des morceaux de viande qui retombent par le bout de son œsophage supérieur sectionné, sans pénétrer dans sa cavité stomacale.

Les deux chiens sont abandonnés pendant un même temps (une heure et demie).

Si on retire à ce moment, au moyen du fil, les morceaux de viande de l'estomac de ces animaux, et qu'on les pèse, on constate que la viande déglutie est différente chez chacun d'eux.

La viande du chien non soumis au repas fictif n'a diminué que de quelques grammes (6 gr.).

Chez l'autre elle a diminué de 30 gr., c'est-à-dire d'une quantité cinq fois plus grande.

Ce que nous venons de constater expérimentalement sur les chiens, nous le retrouverons dans le gavage thérapeutique, puisque là, aussi, la gustation (repas fictif) manque.

***

Pour remédier à cet inconvénient chez les malades que nous avons dû soumettre au gavage, nous avons l'habitude, pendant l'heure qui suit le gavage, de les laisser étendus avec une boule d'eau chaude sur la région stomacale. Pendant cette période, nous demandons à *ce malade toutes les cinq minutes de se rincer la bouche, de déguster sans l'avaler* une solution aromatisée agréablement, de manière à provoquer, par une gustation surajoutée, la sécrétion psychique stomacale.

Exemple de solution aromatisée qu'on peut varier au goût du malade :

Teinture de quinquina.	5 gr.
Teinture de citron. . .	10 gr.
Teinture de badiane. .	10 gr.

20 à 30 gouttes dans un verre à bordeaux d'eau sucrée.

Nous avons eu la curiosité, chez certains de ces malades, après un même temps, de prélever, par la sonde, une partie de ce repas artificiel, après ou sans dégustation de solution aromatisée. Dans le premier cas, nous avons toujours trouvé un excès d'acide chlorhydrique libre, indice d'un processus digestif plus actif. Par suite nous n'hésitons pas à compléter par cette dégustation thérapeutique la lacune physiologique du gavage classique et à provoquer ainsi ce que Chagrin appelle le *suc d'amorce* ou Pawlow le *suc d'appétit*.

Léon Meunier.


FARINE
LACTÉE
Salvy
DIASTASÉE
Échantillon gratuit, Litterature : 4 rue Lambrechts, COURBEVOIE (Seine)

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAL DE MEDECINE DE BORDEAUX

G. Jeanneney et Ch. Wangermez (Bordeaux). ***Sténoses cicatricielles du rectum consécutives au traitement curiethérapique pour cancer du col utérin*** (*Journal de Médecine de Bordeaux*, t. CVI, nº 6, 10 Juin 1929). — Le traitement curiethérapique des cancers du col utérin peut provoquer au niveau du rectum des réactions assez intenses pour réaliser une sténose cicatricielle chronique plus ou moins complète. Il importe de bien connaître l'existence de ces lésions cicatricielles et de les différencier des propagations néoplasiques, car, si celles-ci ne relèvent plus guère d'aucune thérapeutique active, pour les autres, au contraire, on peut, par un traitement simple et bien conduit, espérer, sinon une guérison complète, au moins une amélioration assez notable pour permettre la reprise d'une vie sensiblement normale.

L'évolution des sténoses cicatricielles post-curiethérapiques peut schématiquement se diviser en 3 périodes: période de rectite aiguë (douleurs, ténesme, émission de glaires souvent sanguinolentes et de muco-pus), période de rectite chronique (atténuation des douleurs du ténesme, persistance des écoulements muco-purulents, constatation d'une muqueuse rectale cartonnée), période de sténose (troubles de la défécation, alternatives de constipation et de diarrhée, constatation au toucher rectal, au rectoscope, à la radiographie d'un rétrécissement annulaire ou en entonnoir, plus ou moins étendu).

Le diagnostic différentiel avec une extension néoplasique est facile par le toucher rectal, mais surtout par l'examen endoscopique (rétrécissement régulier, avec petit orifice central nettement limité par une muqueuse saine non bourgeonnante). Au besoin la biopsie confirmera qu'il s'agit bien là de tissus seulement cicatriciels, et non d'éléments néoplasiques.

Le traitement consistera, à la phase de début, en petits lavements calmants, compresses chaudes, aspirine. A la période de sténose, on aura recours à la dilatation simple par des bougies d'Hégar ou, mieux, à la dilatation avec séances de diathermie (Bensaude). Dans un cas de rétrécissement très serré avec état général grave. J. dut faire un anus de dérivation qui sauva la malade.

En ce qui concerne la pathogénie de ces lésions, J. et W. ne croient pas qu'il faille incriminer un excès de dose, mais un vice dans l'application du radium. Quand on applique actuellement un traitement curiethérapique pour cancer du col, on place dans le canal cervical une sonde avec 3 tubes en flèche et 2 bouchons verticaux dans les culs-de-sac droit et gauche; si, par une cause accidentelle quelconque (déplacement d'une malade indocile, efforts, toux, tractions intempestives sur une mèche dépassant à la vulve), la sonde se déplace légèrement, ou si les bouchons quittent leur position verticale et se placent horizontalement, les lois de la propagation de l'énergie radiante montrent qu'un déplacement, même de courte durée, peut donner au niveau du rectum une dose très supérieure à celle prévue. C'est peut-être là la cause principale des réactions rectales trop intenses.

J. et W. rapportent 6 observations de femmes traitées pour épithélioma du col et ayant présenté secondairement des phénomènes de rectite : 3 présentent actuellement une sténose légère et 3 une sténose serrée grave. Ils croient ces sténoses assez fréquentes et les évaluent à environ 5 pour 100 des cas traités. J. Dumont.

MARSEILLE MEDICAL

Ch. Lahayville (Marseille) ***Les cicatrices vicieuses urétro-cervicales après la prostatectomie sus-pubienne*** (*Marseille médical*, tome LXVI, nº 29, 15 Octobre 1929). — A la suite d'une prostatectomie sus-pubienne régulière, la cavité d'énucléation se rétracte dans ses différents diamètres : largement ouverte, elle se continue avec la vessie en haut, par un orifice plus ou moins grand limité par un bourrelet circulaire, et en bas avec la portion juxta-montanale respectée du canal de l'urètre. Mais, si l'énucléation a été laborieuse et atypique ou si, même après des manœuvres correctes, il existe de l'infection, la loge peut se hérisser de saillies de débris membraneux dont le processus d'organisation aboutira à une cicatrice irrégulière et à la formation d'obstacles variés siégeant au niveau du col, dans la traversée prostatique et au niveau de l'urètre restant.

Au niveau du col, c'est un bourrelet transversal, une valvule, un diaphragme muqueux, une rétraction progressive générale pouvant aboutir à l'oblitération du col. Dans la traversée prostatique ce sont des déviations, des coudures, des rétrécissements. Au niveau de l'urètre membraneux ce sont des oblitérations partielles ou totales. L. signale enfin une complication très rare qu'il n'a trouvée signalée nulle part : ce sont les abcès de la loge prostatique dont il a vu personnellement 2 cas.

Situés à la porte même de la vessie, ces différents obstacles se manifestent par des troubles plus ou moins importants dans la miction, l'évacuation du réservoir ou son cathétérisme. Pour les reconnaître et les situer, on aura recours à l'endoscopie et à l'urétro-cystographie.

Comment les éviter et les traiter une fois qu'ils sont constitués ?

La meilleure prophylaxie est dans une technique opératoire régulière et rigoureuse et dans la minutie des soins pré- et post-opératoires. Au point de vue de la technique, l'ablation « monobloc » paraît la meilleure: elle est plus complète, elle enlève un manchon fibro-musculaire qui, laissé en place dans la simple adénectomie, peut être dans la suite une cause de rétraction et de sténose.

Les obstacles constitués peuvent être abordés soit par les voies naturelles (dilatation, section des rétrécissements, diathermie), soit par la voie transvésicale, soit avant, soit après la fermeture de l'orifice hypogastrique (section des valvules, diaphragmes, résection des rétrécissements pré-membrano-prostatiques suivies de drainage de la vessie ou de fermeture sur sonde à demeure puis de la dilatation précoce). J. Dumont.

E. Chauvin (Marseille). ***Les tumeurs primitives des vésicules séminales*** (*Marseille médical*, tome LXVI, nº 29, 15 Octobre 1929). — Un homme de 61 ans se plaint depuis quelques mois de troubles de la miction (ténesme vésical avvec pollakiurie nocturne et urines troubles; jamais d'hématurie). L'examen par le toucher rectal, complété par la cystoscopie, révèle au-dessus du lobe droit de la prostate — laquelle est normale — une tumeur du volume d'un gros œuf de poule, paraissant siéger dans la vésicule séminale, soulevant la paroi vésicale dont la muqueuse est ulcérée à son niveau, intimement adhérente à la paroi pelvienne latérale. Une cystostomie sus-pubienne confirme ces constatations et montre que la tumeur, dont on prélève un petit fragment superficiel pour biopsie, est absolument inextirpable. On se contente donc de cautériser et de détruire le plus possible de la masse à la diathermie et de placer dans ses bords indurés quelques aiguilles de radium qu'on enlève au bout de 9 jours et qui n'influencent d'ailleurs nullement la marche du néoplasme lequel entraîne la mort du malade, 2 mois plus tard, par métastases au bassin, au foie).

L'examen microscopique du fragment de tumeur enlevé pour biopsie ne révéla que du tissu inflammatoire banal; il est probable, d'après C. lui-même, qu'on avait prélevé le fragment en dehors des tissus néoplasiques. Il est cependant indubitable que la tumeur était un cancer, mais on ne peut être aussi affirmatif sur son véritable point d'origine : au toucher, c'est manifestement au niveau de la vésicule droite qu'elle paraissait s'être développée, mais, l'autopsie du sujet n'ayant pu être faite, on n'a à ce sujet aucune certitude.

Les tumeurs primitives de la vésicule séminale sont exceptionnellement rares. Ce sont presque toujours des tumeurs malignes : on ne connaît qu'un cas unique de tumeur bénigne (fibromyome). Au total, 11 observations ont été publiées. C'est trop peu pour que l'on puisse donner un tableau clinique d'ensemble des tumeurs vésiculaires. Des troubles de type prostatique et, au toucher, la découverte au niveau d'une vésicule, le plus souvent la gauche, d'une tumeur bosselée, dure et douloureuse, en constituent les signes essentiels.

Leurs propagations lymphatiques pelviennes, puis abdominales, leur envahissement de proche en proche le plus souvent vésical et prostatique, leur généralisation plus ou moins tardive, péritonéale, hépatique et surtout pleuro-pulmonaire, en marquent les étapes évolutives les plus courantes.

La vésiculectomie constitue évidemment la seule thérapeutique radicale. Mais cette vésiculectomie ne sera applicable que dans les cas exceptionnels vus au début. Elle devra être associée à la prostatectomie à cause du bec vésiculaire souvent inclus dans la prostate, du canal éjaculateur qui s'y trouve inclus et du précoce envahissement de cet organe. On pourra appliquer l'une des techniques proposées pour l'exérèse du cancer prostatique propagé aux vésicules.

Lorsque les lésions seront observées trop tard, le radium pourra, comme dans le cas de C., constituer un palliatif à utiliser. J. Dumont.

LYON MÉDICAL

G. Cotte. ***Section des ligaments utéro-sacrés et résection du nerf présacré dans le traitement des plexalgies hypogastriques*** (*Lyon médical*, t. CXLIV, nº 45, 10 Novembre 1929). — Dans cet article, C. discute la valeur de la section des ligaments utéro-sacrés remise en honneur récemment par Molin et Condamin. Pour ces derniers elle aurait une double action, mécanique et nerveuse. Mais il faut reconnaître que, dans le traitement des paramétrites rétractiles, malgré les perfectionnements de technique imaginés par différents chirurgiens, elle est à peu près complètement abandonnée. Reste donc son action sur le système nerveux. En fait, il est exact que, lorsqu'on sectionne les ligaments utéro-sacrés, on coupe les branches nerveuses afférentes qui du plexus hypogastrique vont à l'utérus; malheureusement, cette intervention reste toujours aveugle; elle risque d'intéresser les nerfs urétéraux et, si l'on veut agir sur le sympathique, il semble préférable de faire la résection du nerf présacré, ce qui permet de voir ce que l'on fait. Au reste, l'opération de Cotte semble à l'heure actuelle avoir gagné les faveurs d'un grand nombre de chirurgiens français et étrangers et on trouve dans cet article de nombreuses références à ce sujet.

Au point de vue pathologique, C. montre en outre qu'on ne distingue pas assez, dans la pratique courante, les algies qui relèvent d'une paramétrite ou d'une douglassite des autres algies pelviennes. En réalité, il y a des *plexalgies hypogastriques* comme il y a des *cœlialgies*. Au même titre que celles-ci, elles peuvent être d'ordre névralgique, névritique ou purement fonctionnel. Au point de vue étiologique, les unes relèvent de causes locales mécaniques (tractions, compressions, etc.), inflammatoires (paramétrite, douglassite, lymphangite, etc.) ou néoplasiques; les autres relèvent de causes générales inflammatoires (tuberculose, syphilis, etc.), toxiques ou purement fonctionnelles (troubles endocriniens, troubles physio- ou psychopathiques). La douglassite est à l'origine d'un certain nombre de plexalgies hypogastriques, mais elle ne les explique pas toutes. L'intervention montre, en effet, très souvent que, dans

des cas où l'examen clinique aurait pu faire croire à l'existence d'une douglassite, le cul-de-sac de Douglas est complètement libre.

J. Dumont.

BRUXELLES MÉDICAL

P. Walther (Paris). ***Valeur de la résection du plexus hypogastrique supérieur dans le traitement des névralgies pelviennes*** (*Bruxelles médical*, tome X, n° 2, 10 Novembre 1929). — W. a eu l'occasion de pratiquer 14 fois, dans des cas de dysménorrhée rebelle, la résection du plexus hypogastrique supérieur (ou nerf présacré) proposée par Cotte dans le traitement des névralgies pelviennes.

Il rappelle que ce plexus innerve essentiellement, en ce qui concerne l'appareil utéro-annexiel, l'utérus et les trompes; ses branches terminales ne vont jamais jusqu'à l'ovaire et ne semblent même pas contracter d'anastomoses avec les nerfs de ce dernier venus avec le pédicule utéro-ovarien. La section du plexus hypogastrique supérieur laisse donc intacte la sensibilité ovarienne.

Au point de vue physiologique, le plexus hypogastrique supérieur est essentiellement constitué par des fibres sensitives, ainsi que l'ont démontré les expériences de Leriche et Stricker, et sa section n'entraîne aucun trouble moteur du côté du muscle utérin. Des cas de grossesse suivie d'accouchement normal, observés par Cotte et par W., confirment cette opinion.

L'opération de Cotte est donc parfaitement justifiée au point de vue anatomique et physiologique puisqu'elle permet d'insensibiliser une partie importante de l'appareil utéro-annexiel.

Sur les 14 malades opérées par W., 12 ont été guéries ou très améliorées ; 2 continuent à souffrir : chez l'une, la persistance des douleurs spontanées et provoquées dans les parties latérales du bassin permet de penser qu'il s'agit de névralgie d'origine ovarienne; dans l'autre cas, la neurectomie a amélioré les douleurs utérines, mais est restée sans action sur la coccygodynie.

W. conclut que la neurectomie présacrée est indiquée :

1° Dans les cas de métrite ou de salpingite chronique douloureuse, après échec des traitements médicaux, chez les femmes jeunes auxquelles il faut éviter la castration ;

2° Comme temps complémentaire des opérations conservatrices (fixation d'utérus, résections unilatérales d'annexes).

Elle ne semble pas indiquée dans les névralgies d'origine ovarienne (ovarite scléro-kystique).

J. Dumont.

REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE (Lausanne-Genève)

M. Ehinger (Chavornay). ***L'optochine basique en thérapeutique*** (*Revue médicale de la Suisse romande*, tome XLIX, n° 8, 25 Juillet 1929). — L'*optochine basique* est une substance dérivée de la quinine : c'est une éthylhydrocupréine. En 1911, Morgenroth a découvert en l'optochine un spécifique du pneumocoque, non seulement *in vitro*, mais également *in vivo* (dans la septicémie à pneumocoques de la souris). A ces essais de laboratoire succédèrent des essais cliniques qui, de suite, se montrèrent très encourageants : l'optochine fut employée, sous la forme de *chlorhydrate*, pour combattre les affections pleuro-pulmonaires ayant le pneumocoque comme agent pathogène et c'est surtout contre la pneumonie franche que son action se révéla d'une remarquable efficacité.

Mais l'enthousiasme du début se refroidit bientôt quand furent publiés coup sur coup des cas d'amblyopie toxique aboutissant parfois à l'amaurose et laissant souvent des séquelles indélébiles. Malgré la substitution de l'*optochine basique*, beaucoup moins toxique, au chlorhydrate d'optochine, les préventions contre le médicament ont subsisté; c'est pour les combattre que E. a écrit cet article, basé non pas tant sur son expérience personnelle qui est assez restreinte (25 cas) que sur les résultats obtenus par de nombreux médecins en Allemagne, en Angleterre et en Amérique où l'optochine fait sans cesse de nouveaux partisans.

La principale indication de l'optochine basique est la pneumonie fibrineuse à pneumocoques : raccourcissement appréciable de la maladie, amélioration rapide de l'état général, amélioration de l'action cardiaque, diminution de la mortalité (qui de 15 à 20 pour 100 tombe à 1 ou 2 pour 100); tels sont les avantages qui font de l'optochine une arme précieuse contre cette affection fréquente et redoutable. Son rôle apparaît tout aussi utile dans les cas de broncho-pneumonies où le pneumocoque est si souvent en cause, bien qu'associé à d'autres agents pathogènes, ainsi que dans les bronchites à pneumocoques; E. l'a employée à plusieurs reprises au cours de broncho-pneumonies infantiles et il a eu des guérisons tout aussi radicales que dans la pneumonie. Il a eu de même l'occasion d'expérimenter le rôle prophylactique de l'optochine basique dans les bronchites aiguës avec foyers de congestion pulmonaire et au cours des bronchites capillaires : l'optochine lui a paru écarter les menaces de broncho-pneumonie et contribuer à une amélioration rapide, parfois inespérée. Signalons enfin que l'optochine a été employée avec succès pour prévenir les complications pulmonaires post-opératoires.

L'optochine, avons-nous dit, peut produire, comme la plupart des dérivés de la quinine, une amblyopie toxique par névrite papillo-maculaire, à laquelle fait suite, à brève échéance, une atrophie du nerf optique définitive ou susceptible d'amélioration et, dans les cas favorables, de *restitutio ad integrum*. Du côté des organes auditifs, on note parfois de la surdité, mais celle-ci n'est jamais que passagère et de courte durée. Ces accidents, nous l'avons dit, s'observaient surtout après l'emploi du chlorhydrate d'optochine; ils sont exceptionnels avec l'optochine basique, moins soluble dans l'eau et l'alcool et, partant, moins toxique : depuis plus de 12 ans, des milliers de malades ont été soumis à son action et, sur ce nombre, il n'a été publié que 3 cas d'accidents visuels graves; encore ceux-ci eussent-ils pu être évités si l'optochine basique avait été administrée comme il convient.

Il faut suivre certaines règles dans l'administration du médicament. Il doit être donné *per os* (chez les enfants, où il est parfois mal accepté ou mal supporté par cette voie, E. a employé avec avantage les suppositoires) sous forme de cachets, de perles, de pilules, de tablettes : 5 à 6 doses journalières de 0 gr. 15 à 0 gr. 20 pour les adultes; de 0 gr. 02, 0 gr. 05, 0 gr. 08, 0 gr. 10, 0 gr. 12, suivant l'âge, chez les enfants. Chaque dose sera accompagnée de l'ingestion de 150 à 200 gr. de lait : la transformation possible de l'optochine dans l'estomac n'est plus alors à craindre. L'optochine ne sera donnée que pendant 3 jours; il est reconnu que, passé ce délai, ce médicament n'a plus d'action, car la fibrine amassée dans les alvéoles pulmonaires englobe les pneumocoques et les préserve de son atteinte. La pratique a montré, du reste, que l'effet thérapeutique est acquis dans les 3 jours : prolonger l'administration du médicament est non seulement superflu, mais rend possible l'accumulation de l'optochine basique dans l'organisme et prédispose à l'amblyopie toxique.

J. Dumont.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

H. Assmann. ***Les troubles vasculaires périphériques de la jeunesse et de l'âge mûr (maladie de Raynaud, gangrène spontanée, thrombo-angéite oblitérante)*** [*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, n° 29, 16 Juillet 1929]. — A. expose d'abord l'histoire d'un malade auquel il a consacré de nombreuses recherches et qui a présenté de l'œdème de Quincke, des exsudats articulaires ou pleurétiques avec de nombreuses cellules éosinophiles, des migraines, des douleurs abdominales brusques accompagnées parfois d'hématurie, des infarctus ischémiques de la musculature, de la gangrène cutanée des extrémités du type de Raynaud et qui fut emporté par un infarctus hémorragique de la vessie. Ce malade présentait, au cours des accès, des modifications du sang : une leucocytose polynucléaire avec diminution des éosinophiles qui, au contraire, atteignaient 8 et 12 pour 100 entre les accès, période pendant laquelle les lymphocytes étaient également augmentés.

Il s'agit là, pour A., d'un état pathologique relevant d'une seule pathogénie et devant être considéré comme une diathèse angioneurotique exsudative. A. rappelle, à ce sujet, les recherches qui ont été faites en vue d'étudier les diverses réactions présentées par les vaisseaux et il conclut que, dans son cas, l'œdème et les autres symptômes exsudatifs témoignaient d'une réaction minime de la part des vaisseaux tandis que l'ischémie avec gangrène résultait d'un degré d'irritation maximum. L'éosinophilie faisait d'ailleurs songer à des influences endocriniennes qui ont été rendues très vraisemblables par la constatation, lors de l'autopsie, d'une hypertrophie des surrénales atteignant surtout la moelle.

Ces faits amènent A. à considérer l'œdème de Quincke et la maladie de Raynaud comme deux affections identiques répondant à une diathèse angioneurotique générale.

Dans une série de 5 autres cas observés par A., il s'agit de troubles vasculaires, durables ou progressifs, accompagnés de douleurs rhumatoïdes, de froid et de cyanose des extrémités, de disparition du pouls ainsi que, dans 3 cas, de gangrène effective et dans un cas de gangrène menaçante, survenant exclusivement chez des hommes de 28 à 35 ans qui tous fumaient assez abondamment la cigarette. Leur état général était généralement médiocre et leur visage pâle. Une constitution raciale ou familiale ne paraît pas être en cause, pas plus que la syphilis. Les recherches histologiques ont montré des thrombus très riches en cellules rondes ou en leucocytes. Une fois même on a trouvé des cellules géantes analogues à des cellules de Langhans. Cette richesse en éléments cellulaires avait un caractère nettement inflammatoire, mais sans rien qui fît songer à la tuberculose ou à la syphilis. Ces constatations sont tout à fait analogues à celles de Burger dans la thrombo-angéite oblitérante, affection qu'on ne distingue pas, selon A., de ce que les anciens chirurgiens allemands appelaient gangrène spontanée des jeunes gens.

Dans les affections de ce genre, il intervient à la fois une infection et du spasme artériel, comme les recherches de Marcus, d'une part, et, d'autre part, celles de Schmidt-Weyland, assistant de A., l'ont montré. Dans une région où des injections d'adrénaline sont pratiquées, il apparaît, chez un animal expérimentalement infecté, des gangrènes qui ne surviennent pas ailleurs. Parmi les facteurs qui interviennent, on doit compter d'abord des dispositions individuelles, familiales, raciales ou endocriniennes, puis des influences toxiques parmi lesquelles l'abus de la nicotine et le froid et, enfin, un germe infectieux qui adhère aux vaisseaux contractés. Tandis que ces états s'observent surtout chez les hommes et s'accompagnent d'infection, au contraire, dans la maladie de Raynaud, c'est presque toujours des femmes qui sont atteintes et l'infection ne joue, pour ainsi dire, aucun rôle. Cependant, entre ces deux maladies distinctes, il y a tous les intermédiaires et il est souvent inutile, voire injustifié, de faire une distinction.

Quant au traitement, A. recommande la chaleur, en notant que bien souvent, quand elle est excessive, elle produit des contractions musculaires paradoxales. L'hyperémie réactive qui survient après avoir interrompu quelques instants la circulation dans un membre peut également être utilisée. Des vaccins mixtes typhiques permettent aussi d'obtenir des résultats par un effet de choc bref. Parmi les mesures opératoires, la sympathectomie paraît à A. être jugée peu favorablement en Allemagne et en Amérique, bien que l'extirpation des 2e, 3e et 4e ganglions lombaires avec sympathectomie de l'artère iliaque ait donné de bons résultats à Adson. L'irra-

diation par les rayons X, les injections de chlorure de radium sont également parmi les procédés employés. Mais ce que A. recommande surtout, c'est de rechercher attentivement les cas de début qui doivent être plus fréquents qu'on ne le croit et qui, seuls, sont vraiment susceptibles d'être influencés par la thérapeutique.

P.-E. Morhardt.

E. Nathan et A. Munk. *Phénomènes de sensibilisation expérimentale et d'allergie cutanée à l'égard du salvarsan* (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, nº 29, 16 Juillet 1929). — Un 10e de centimètre cube d'une solution de myosalvarsan à 1 pour 100, en injections intra-cutanées, ne détermine tout d'abord aucune réaction, mais il apparaît, parfois, 7 à 11 jours plus tard, une réaction locale également étudiée par Frei, qui doit être considérée comme une véritable maladie du sérum localisée. Une nouvelle injection peut, même à des doses extrêmement faibles (1 millionième de gramme de salvarsan), déterminer de nouveau une réaction caractéristique locale ou parfois générale avec papules disséminées sur tout le corps, céphalée, nausées, etc.

L'apparition de cette sensibilité peut être provoquée simplement en appliquant sur la peau 1 goutte de solution avec le perforateur de Pirquet. Cette méthode ne doit d'ailleurs pas être utilisée pour rechercher les sensibilités spontanées à l'égard du salvarsan puisqu'elle entraîne parfois l'apparition d'une sensibilisation provoquée.

Les réactions de sensibilisation s'observent, non seulement après une injection intra-cutanée, mais aussi après une injection intraveineuse comme le montrent 2 observations de N. et M.

P.-E. Morhardt.

J. Strasburger et O Thill. *Clinique de la maladie de Weil* (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, nº 30, 23 Juillet 1929). — Dans la première partie de ce travail, qui est due à Strasburger, on trouve exposé le point de vue de cet auteur relativement à la clinique de la maladie de Weil. L'hypertrophie de la rate ne paraît pas un symptôme très caractérisé; l'ictère est d'autant plus significatif que c'est lui qui fait penser à la maladie de Weil, qu'il se manifeste quelques jours après le début aigu et ne s'accompagne qu'exceptionnellement de selles acholiques. Les reins sont toujours atteints de façon précoce et on retrouve les spirochètes longtemps dans l'urine. La courbe thermique est pathognomonique; elle se compose d'une première période de 7 à 9 jours avec ascension aiguë et chute lytique; puis survient un intervalle sans fièvre de 4 à 8 jours et enfin une ou plusieurs reprises.

Il existe beaucoup d'autres symptômes plus ou moins caractéristiques, comme l'herpès, les hémorragies, etc. Le pronostic est généralement favorable bien qu'on ait observé jusqu'à 30 pour 100 de morts dans certaines épidémies. La découverte du spirochète ne peut se faire que tout au début de la maladie, par inoculation de sang aux cobayes, et il ne semble pas que les spirochètes de l'urine soient très virulents et très dangereux. Quant au traitement, on a publié de bons résultats obtenus avec du sérum de convalescents. Les sérums polyvalents peuvent aussi avoir des effets favorables quand ils sont employés à fortes doses et précocement. Les arsénobenzols ne donnent rien. Le bismuth aurait des effets meilleurs. Dans tous les cas, il faut veiller à ce que l'alimentation soit suffisante dans cette maladie de longue durée.

La seconde partie de ce mémoire, due à Thill, est consacrée à l'observation de deux malades récemment traités à la clinique de Francfort. Les symptômes présentés par ces malades ont été tout à fait classiques : fièvre élevée à début brusque, douleurs très vives dans les mollets, état psychique apathique, différents de l'état typhique, néphrite, ictère, etc. La durée de la maladie a été de 30 jours dans un cas et de 50 dans l'autre et on a pu isoler des spirochètes au 8e jour chez l'un de ces malades. Au sujet de ces deux malades, T. discute le diagnostic, fait remarquer que l'ictère manque parfois dans des cas tout à fait authentiques et, ce qui augmente la difficulté du diagnostic, c'est qu'en pareil cas, la 2e poussée de fièvre ne se produit pas. Aussi est-il amené à faire un rapprochement entre la maladie de Weil et les épidémies de fièvre des marais observées notamment dans la Haute-Silésie. Il est possible que, dans les deux cas observés, l'infection ait été contractée au cours d'un bain de rivière.

P.-E. Morhardt.

Richard Priesel et Richard Wagner. *Etude sur l'âge d'apparition et sur la transmission héréditaire du diabète sucré infantile* (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, nº 30, 23 Juillet 1929). — En partant du fait que l'équivalent de glucose pour l'insuline baisse avec l'âge, P. et W. se sont livrés à une série de recherches sur 108 cas chez lesquels ils ont pu vérifier que le maximum de fréquence pour le début de la maladie coïncide avec la 13e année et qu'un maximum secondaire coïncide avec la 3e année tandis que vers 15 ans on n'observe pour ainsi dire plus de diabète débutant. Ces recherches ont également amené à considérer que le diabète infantile représente une anomalie par insuffisance des îlots de Langerhans et non les conséquences d'une action toxique post-natale. Dans ces conditions, l'apparition d'un diabète latent dépend du nombre des îlots qui fonctionnent, ce qui amène à admettre que cette affection n'est progressive qu'en apparence et non pas en réalité.

Elle est, en outre, héréditaire, comme toute malformation dans 27 pour 100 des cas. Chez les juifs, cette affection est héréditaire dans 43 pour 100 des cas, ce qui serait la conséquence d'un excès de mariages entre gens de même race. Cette hérédité se fait aussi bien selon le mode récessif que selon le mode dominant. Quand des parents diabétiques existent des deux côtés, le diabète a d'autant plus de chance de devenir manifeste chez le descendant.

P.-E. Morhardt.

A. Wl. Elmer et M. Scheps. *L'effet de la parathormone dans la tétanie parathyréoprive* (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, nº 30, 23 Juillet 1929). — Les cas légers de tétanie parathyréoprive sont favorablement influencés par diverses méthodes. Mais les cas graves résistent souvent et les effets de la greffe sont très limités d'autant plus que les symptômes de cette affection débutent, parfois, très brusquement, sans laisser le temps nécessaire pour trouver un greffon approprié. A ce point de vue donc les recherches de Hanson, de Beerman et de Collip sur l'hormone des parathyroïdes permettent de penser qu'on pourra obtenir des résultats favorables même lorsque la tétanie est très grave. C'est ce que E. et S. ont vérifié sur 4 cas survenus après intervention sur la glande thyroïde.

Dans tous ces cas, la parathormone a agi beaucoup mieux que le calcium administré par la bouche ou par la voie intraveineuse. Une seule injection sous-cutanée de 30 unités a modifié le tableau clinique en 24 heures en faisant disparaître les crampes des extrémités et du visage. Le signe de Chwostek et celui de Trousseau ont résisté plus longtemps. Les doses nécessaires ont été très variables. Dans 2 cas, 50 unités ont suffi. Dans un autre, il en a fallu 100 pour obtenir le même résultat. L'effet le plus marqué sur le chimisme du sang a été un abaissement du calcium. Cet effet n'était cependant obtenu qu'après amélioration notable des autres symptômes cliniques. L'action sur le phosphore inorganique est très discutée; dans les cas de E. et S. il y a eu abaissement 3 fois marqué et 1 fois faible du taux du phosphore. La réserve alcaline a été influencée d'une manière inconstante : elle a baissé une fois et augmenté une autre fois tandis que dans les autres cas elle a *toujours* été à peu près normale. Le potassium a été abaissé moyennement 2 fois et fortement dans un cas. Dans un cas, également, on a pu constater que l'hormone raccourcit le temps de coagulation. En somme, c'est le calcium du sang qui permet de suivre, avec le plus de précision, la marche des phénomènes cliniques et c'est à lui qu'il faut se fier pour conduire le traitement.

Dans deux cas, l'hormone n'a agi qu'autant qu'elle était administrée. Mais, dans un cas, une seule administration a empêché les accès de se reproduire pendant les 3 semaines qu'a duré l'observation. Il est probable que l'hormone facilite la résorption de calcium qui doit être administré par la bouche pendant toute la durée du traitement pour éviter des accidents.

P.-E. Morhardt.

Werner Schultz. *Un cas d'agranulocytose avec localisation à l'œsophage et remarques générales sur cet état pathologique* (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, nº 33, 13 Août 1929). — L'observation qui motive ce travail concerne une femme de 52 ans qui, au début de sa maladie, a présenté des symptômes gastro-intestinaux qu'elle attribuait à un empoisonnement alimentaire. On n'a cependant pu retrouver que quelques staphylocoques dans la bile; on a constaté, en outre, dans le sang une leucopénie marquée (600 leucocytes) avec réduction des polynucléaires neutrophiles et absence d'éosinophiles. La mort survint au bout de 21 jours. L'autopsie montra, dans les 2/3 inférieurs de l'œsophage, l'existence d'une œsophagite pseudo-membraneuse. Dans le foie et dans la rate, il y avait un semis de foyers nécrosés miliaires ou plus gros. Les amygdales avaient un épithélium normal sans rien d'inflammatoire; l'une d'elles présentait cependant une nécrose analogue à celles du foie et de la rate. On ne peut donc pas penser que ce cas soit dû à une streptococcie angineuse.

L'auteur fait remarquer que les angines streptococciques surviennent surtout dans les 30 premières années tandis qu'au contraire, l'agranulocytose s'observe surtout à partir de 50 ans, sauf les cas en relation avec un traitement antisyphilitique. En outre, les cas d'agranulocytose sont toujours isolés; ils ne font jamais partie d'une épidémie comme c'est la règle pour les angines streptococciques. Enfin il est des cas agranulocytosiques qui évoluent sans fièvre. Il n'y a donc pas de doute, selon S., que cette affection sort du cadre des septicémies.

P.-E. Morhardt.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Martens. *A quel moment et comment pratiquer les ligatures veineuses au cours des infections puerpérales?* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LV, nº 29, 19 Juillet 1929 et nº 30, 26 Juillet 1929). — 1º *Les indications de l'intervention*. L'opération précoce dans les infections puerpérales est préconisée par M. depuis de nombreuses années.

Dans un article détaillé, avec plusieurs figures représentant les aspects anatomo-pathologiques des thrombus infectés et leur mode de progression, il s'élève contre l'incompréhension de ses contradicteurs et attribue leurs échecs à une expectation trop prolongée et à une technique opératoire souvent défectueuse.

Les statistiques d'infections puerpérales traitées médicalement avec injections intraveineuses de métaux colloïdaux, chocs, etc., sont très mauvaises. La croyance en une guérison spontanée, la phrase classique de Herff : « Chaque frisson peut être le dernier », seraient pour M. responsables partiellement de cette thérapeutique insuffisante.

Les partisans timides de l'intervention chirurgicale, qui opèrent au 10e jour après de nombreux frissons, s'exposent à pratiquer une opération beaucoup trop tardive, alors que de multiples métastases sont déjà constituées et commandent le pronostic.

Chaque frisson témoignant d'une bactériémie dont le point de départ est dans le thrombus infecté, est un danger; c'est donc très précocement, après le premier frisson, ou même avant si le diagnostic est possible, que la ligature doit être pratiquée.

Toute pyémie post-puerpérale déterminée par un thrombus infecté est plus particulièrement justiciable de l'opération précoce si les soins, l'asepsie, le repos,

la thérapeutique prophylactique post-puerpérale n'ont pu éviter la complication thrombosique.

Les objections faites à l'intervention ne paraissent pas à M. mériter d'être retenues

Les métastases post-opératoires sont dues pour lui à une ligature trop basse. Dans quelques cas, il peut subsister une infection dans une petite branche non ligaturée, mais ces échecs inévitables plaident en faveur de la précocité de l'intervention avant la diffusion des processus veineux septiques.

Les principaux dangers résultent de l'expectative trop prolongée et de l'existence de métastases constituées antérieurement.

D'où la conclusion formelle de M.

Après un avortement ou un accouchement, chez une malade maintenue strictement au repos, l'utérus étant totalement vidé spontanément ou par curettage, et toute cause d'affection coïncidente étant éliminée, l'apparition d'un frisson avec élévation thermique doit faire rechercher le thrombus dans le paramétrium. Mais si cette dernière investigation reste négative, ces signes généraux indiquent l'intervention chirurgicale immédiate.

Si des métastases ou des complications inflammatoires pulmonaires ou pleurales existent déjà, l'opération doit encore être tentée quoique avec de moindres chances de succès.

2° *La technique*. — La technique de la ligature veineuse doit être précisée également.

Les deux voies d'abord : trans- ou extra-péritonéales, ont leurs avantages et leurs inconvénients, mais de même que Trendelenburg qui, le premier préconisa cette intervention, M. préfère la voie extra-péritonéale selon la technique classique.

La ligature bilatérale lui paraît nettement supérieure à une intervention sur une seule veine. L'extirpation de la veine thrombosée est en général inutile.

Il importe d'explorer les trajets vasculaires afin de ne pas lier trop bas. En outre, les abcès du paramètre ou les collections suppurées périphlébitiques seront soigneusement incisés et drainés.

En général, surtout lors des interventions précoces, la ligature de la veine cave est inutile et l'opération transpéritonéale non indiquée.

D'ailleurs, en conclusion, M. insiste surtout sur la nécessité d'opérer très précocement, le mode d'intervention et même sa technique étant à son avis de moindre importance. G. Dreyfus-Sée.

Hans Gottlieb Huber. *Contribution à l'étude des rapports de l'encéphalite et de la vaccination antivariolique* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LV, n° 33, 16 Août 1929). — *Observations cliniques* : H. relate 3 cas d'affection du système nerveux central en rapport avec la vaccination antivariolique. Deux d'entre eux peuvent être considérés comme nettement consécutifs et corollaires de la dite vaccination.

Chez le premier de ces jeunes malades, il fut même possible de déceler le virus vaccinal dans le liquide céphalorachidien. Les manifestations encéphalitiques étaient apparues 5 jours après l'inoculation vaccinale.

Le 2e cas présente, à l'inverse des faits habituellement observés, une paralysie flasque durable du bras droit.

Le 3e cas par contre est plus discutable et ses rapports directs avec la vaccination ne peuvent être affirmés car les symptômes nerveux pathologiques n'apparurent que 24 jours après l'inoculation vaccinale et furent secondaires à une phase catarrhale passagère survenue dans l'intervalle.

G. Dreyfus-Sée.

Gildemeister. *Contribution à l'étude des rapports de l'encéphalite et de la vaccination antivariolique* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LV, n° 33, 16 Août 1929). — *Etude expérimentale* : Dans cet article qui complète le précédent, G. expose les recherches qu'il a pratiquées sur le liquide céphalorachidien des 3 malades observés par Huber. Chez un seul d'entre eux, il put mettre en évidence le virus vaccinal dans le liquide céphalorachidien.

Mais l'encéphalite avait suivi de près la vaccinaion (5 jours), de telle sorte que la ponction lombaire avait été faite 7 jours après l'inoculation vaccinale.

Par contre, les 3 autres malades observés avaient été atteints 20 à 24 jours après la vaccination

Pour apprécier la valeur de la mise en évidence des virus, il importe donc avant tout de préciser la durée normale d'élimination de ce virus par l'organisme chez des sujets sains présentant une évolution vaccinale non compliquée et les modifications apportées à cette élimination par l'apparition accidentelle d'une maladie intercurrente peu après l'inoculation.

Seules ces notions permettront de juger jusqu'à quel point la découverte du virus dans le cerveau ou dans le liquide céphalorachidien justifie l'hypothèse de l'encéphalite post-vaccinale.

G. Dreyfus-Sée.

Canaan. *Les infections typhiques en Palestine* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LV, n° 33, 16 Août 1929). — L'étude du mode d'évolution des infections typhiques en Palestine, pays au climat subtropical, est récente, car ce n'est qu'en 1913 que la preuve sérologique et bactériologique put être faite, montrant que l'aspect clinique antérieurement décrit sous le nom de typhoïde par C et ses collaborateurs relevait bien réellement du bacille d'Eberth et des paratyphiques. Les infections typhiques sont endémiques en Palestine. C. les a étudiées surtout dans la population arabe; chez les juifs, par suite de la nombreuse immigration récente, le tableau clinique n'a plus l'aspect typique subtropical.

Les conditions épidémiologiques sont dominées par l'absence d'hygiène des paysans et des citadins pauvres favorisant la dissémination infectieuse qui paraît se faire plus par contact direct qu'au moyen des eaux ou aliments.

Les malades se font soigner souvent très tardivement alors que des complications aggravent déjà l'évolution de la maladie.

Les enfants et les jeunes gens sont plus fréquemment et plus gravement touchés. Les symptômes offrent quelques particularités : rareté de la diarrhée malgré la fréquence des erreurs de régime, fièvre atypique, fréquence d'une rechute d'ailleurs souvent conditionnée par les fautes de régime.

Les complications sont assez fréquentes surtout dans les classes pauvres : perforations et hémorragies intestinales, méningites, avortement, abcès hépatique, cholécystite aiguë suppurée, abcès divers.

On ne les observe pas beaucoup moins chez les paratyphiques que chez les typhiques. Il est à noter que dans certains cas (3 pour 100) cliniquement indiscutables la réaction agglutinante ne put être mise en évidence.

Dans l'ensemble, la gravité ne serait pas plus grande qu'en Europe si l'hospitalisation trop tardive des malades ne constituait un facteur de complication. G. Dreyfus-Sée.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Munich)

Morawitz et M. Hochrein. *La prophylaxie de la mort subite cardiaque* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVI, n° 26, 28 Juin 1929). — Les diverses thérapeutiques proposées pour ranimer un malade présentant une syncope cardiaque sont le plus souvent inefficaces. Même quand le médecin est immédiatement présent et muni des médicaments et instruments nécessaires, il lui est la plupart du temps impossible d'éviter la terminaison fatale. Les quelques succès obtenus à l'aide d'injection intracardiaque immédiate (camphre, adrénaline, strophantine) restent exceptionnels.

Dans ces conditions, c'est surtout à la médecine prophylactique qu'il faut s'adresser pour tenter de prévenir ces accidents dramatiques.

On admet en général que la mort subite cardiaque est due à une fibrillation ventriculaire.

L'état de la circulation cardiaque aurait par conséquent une importance capitale, et de fait, on a souvent trouvé des lésions coronariennes à l'autopsie de ces sujets. Ces lésions pathologiques peuvent manquer et certains cas de syncope brusque mortelle sont imprévisibles cliniquement et par conséquent inévitables.

Mais assez fréquemment, il s'agit de malades ayant présenté durant leur existence des symptômes objectifs d'artério-sclérose, d'aortite syphilitique, d'angor pectoris, chez qui il était possible de soupçonner par conséquent un certain degré de sclérose coronarienne.

Chez tous ces sujets, sans décompensation cardiaque notable, M. et H. préconisent le traitement prophylactique par la quinidine systématiquement.

Ils publient quelques observations et une statistique qui semble favorable à cette méthode. Ils croient avoir évité par ce procédé préventif un certain nombre de morts subites.

En tout cas, le traitement prolongé par la quinidine à la dose de 0 gr. 20 par jour n'a donné lieu a aucun incident et fut parfaitement toléré même par les malades menant leur existence habituelle sans nulle précaution. G. Dreyfus-Sée.

Reiche. *Contribution à l'étude de l'ostéosclérose généralisée fragilisante* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXVI, n° 26, 28 Juin 1929). — R. publie l'intéressante observation d'un sujet atteint depuis la 1re enfance d'ostéosclérose généralisée fragilisante avec anémie grave et qui cependant a vécu jusqu'à l'âge de 49 ans.

Ce malade qui présentait une hérédité spécifique nette fut obligé durant toute sa vie à des ménagements expliquant la longue tolérance de son affection. L'accoutumance précoce de son organisme à son anémie peut aussi expliquer la survie.

On nota chez lui des fractures multiples peu ou pas douloureuses, tout d'abord parfaitement consolidées, plus tard présentant un cal imparfait et lentement constitué.

Dans les dernières années, des foyers nécrotiques maxillaires se constituèrent. L'anémie sérieuse : 2 millions 1/2 puis 1.030.000 globules rouges, était surtout remarquable par la chute intense de l'hémoglobine : 30 pour 100 [pendant quelques années puis tombant à 20 et même 15 pour 100. L'hypoleucocytose survint tardivement et resta modérée avec prédominance de lymphocytes. La rate était très grosse.

Histologiquement, pas de métaplasie myéloïde compensatrice des viscères, des modifications assez banales de la rate : sclérose pulpaire avec quelques îlots d'éléments lymphoïdes et myéloïdes.

Les os épaissis à la périphérie avaient une lumière centrale élargie avec structure médullaire homogène. Cet épaississement osseux avec canaux de Havers rétrécis n'empêchait cependant pas complètement l'hématopoïèse médullaire.

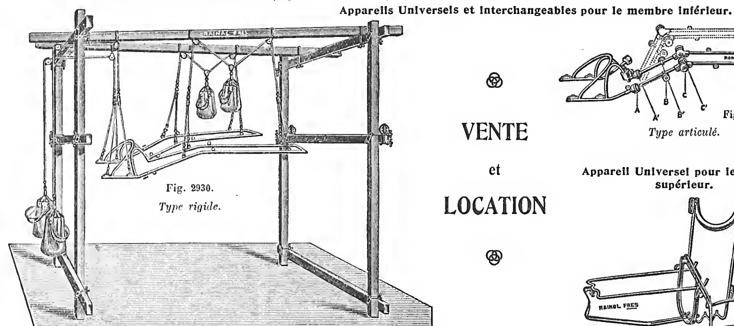
Ces éléments différencient cette ostéosclérose essentielle des ostéites secondaires condensantes observées dans les syndromes anémiques.

G. Dreyfus-Sée.

Menninger-Lerchenthal. *Le traitement de la démence précoce* (*Schizophrénie*) (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVI, n° 26, 28 Juin 1929). — L'existence de rémissions spontanées, assez souvent observées dans cette redoutable affection, rend difficile l'appréciation des résultats thérapeutiques obtenus à l'aide des diverses méthodes proposées.

Provoquer et prolonger ces phases de rémission est le but actuel du traitement en l'absence de données étiologiques précises permettant de tenter de supprimer la cause même de l'affection. L'hérédité, les troubles du métabolisme, les affections des glandes endocrines, les origines psychologiques, toxiques ou infectieuses de la démence précoce ont été successivement recherchés. Ces diverses théories ont donné naissance à des essais thérapeutiques médicamenteux, opothérapiques, psychothérapiques jusqu'à présent peu satisfaisants. C'est au traitement par l'hyperthermie provoquée que M.-L., en se basant sur son expérience, donne la préférence.

Les divers modes de thermothérapie ont été essayés, provocation de la fièvre par des protéines




SOURCE GUBLER
Chatel Guyon
Légère
La TABLE

banales, par des produits bactériens ou par l'inoculation d'une maladie infectieuse.

Les 2 affections qui semblent exercer les meilleures actions sont l'érysipèle et la typhoïde; c'est pourquoi M.-L. a choisi comme méthode l'injection de vaccin antityphique. Il emploie le vaccin type Besredka à 500 millions de bacilles morts par centimètre cube. Il injecte dans les veines une dose de 25 millions pour commencer puis augmente la dose de 25 ou 50 ou même 75 millions de germes par injection de façon à obtenir une réaction thermique de 39°.

On peut ainsi arriver jusqu'à 5, 6 ou même 800 millions à la 10e injection, le sujet restant au lit et au régime lacté pendant les accès fébriles. Les démences précoces récentes réagissent plus difficilement que les cas plus anciens.

La réaction survient en 2 à 5 heures, plus ou moins violente, et dure environ 2 heures. La fièvre est plus tardive et souvent plus atypique après la 1re injection. Sur 3.000 injections, un seul incident bénin fut observé. Les contre-indications sont fournies par l'examen des malades montrant une affection susceptible d'être aggravée par la fièvre (bacillose). Pendant les périodes menstruelles, il est préférable d'interrompre les injections.

C'est à la fin de la cure ou quelques jours après, parfois plus tard jusqu'à 2 mois après, que se manifeste l'amélioration.

Sur 68 cas traités, M.-L. observa 21 rémissions, 22 améliorations durables, 11 aggravations et 14 cas non modifiés. Cette statistique, comparée aux chiffres des rémissions spontanées, constatées chez un nombre analogue de malades, demeure favorable (63 pour 100 d'améliorés au lieu de 26 pour 100 chez les non traités). Souvent d'ailleurs, il est pratiquement possible de différencier une rémission spontanée d'une amélioration thérapeutique quoique la preuve absolue ne puisse être fournie.

Après étude des divers moyens proposés, M.-L. préconise donc le traitement par les injections de vaccin antityphique, Il lui semble que l'effet de la pyrétothérapie ne soit pas seulement fonction, de l'intensité fébrile mais aussi de son mode de détermination.

En outre, l'absence de danger de cette thérapeutique est à considérer et doit la faire préférer à la malariathérapie qui lui paraît moins efficace et plus dangereuse.

Ce mode thérapeutique n'amène cependant que des rémissions passagères et souvent partielles; il doit donc être complété si possible par le traitement général, antisyphilitique ou opothérapique si besoin.

A cette période, la liberté de vie, des occupations modérées, un milieu favorable peuvent en outre rendre permanentes des améliorations psychiques qu'une cure psychothérapique maladroite risquerait de troubler.

G. Dreyfus-Sée.

M. Lange. ***A combien s'élève le nombre des infirmes dont la responsabilité incombe au trauma obstétrical?*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVI, n° 29, 19 Juillet 1929). — Les opinions concernant le nombre des infirmités durables consécutives à l'accouchement s'opposent selon qu'elles émanent des accoucheurs qui voient les enfants pendant quelques semaines ou des pédiatres observant les reliquats plus tardifs rattachables au trauma obstétrical.

La statistique des orthopédistes et médecins d'enfants est, à ce point de vue, plus probante, et L. publie une intéressante étude critique des cas observés de 1921 à 1928 à la clinique orthopédique de Munich.

1° *Cas avec paralysies spastiques (Little) d'origine obstétricale.* — Les hémorragies méningées ou cérébrales laissent derrière elles dans un certain nombre de cas des séquelles spastiques : Little ou hémiplégie cérébrale infantile. L. trouve l'origine obstétricale dans 2 pour 100 des cas sur 5.537 enfants; 4 groupes de faits peuvent être distingués chez ces malades :

a) Les paralysies spastiques succèdent à un accouchement normal en apparence.

L'étiologie hémorragique centrale de ces lésions est prouvée par l'anatomie pathologique. Ces malades meurent soit le 1er jour, soit les 1res années de l'existence.

D'ailleurs, on sait la fréquence des hémorragies méningées latentes décelées par la ponction lombaire systématique chez les nouveau-nés (10 pour 100 d'après Sharpe).

Dans la statistique de L., 28 cas de paralysies spastiques chez des enfants ayant dépassé la 1re année étaient consécutifs à une hémorragie intracranienne au cours d'un accouchement normal.

b) Le nombre des cas pathologiques secondaires à des accouchements compliqués, en particulier après application de forceps, est plus élevé : 43 cas.

Le forceps en est souvent responsable, parfois l'accouchement détermine de l'asphyxie nécessitant les manœuvres de Schultze sur l'enfant nouveau-né, et ces manœuvres elles-mêmes pourraient être incriminées dans certains des accidents.

c) 21 cas (20 pour 100) sont observés chez des prématurés. Cette proportion élevée justifie l'opinion des accoucheurs qui préconisent la césarienne plutôt que les interventions vaginales lors des accouchements provoqués avant terme. La fragilité vasculaire plus grande au 7e qu'au 9e mois explique vraisemblablement ces lésions fréquentes.

d) Dans un certain nombre de cas, les circonstances de l'accouchement n'ont pu être précisées.

Dans l'ensemble, les Little paraissent plus nombreux que les hémiplégies cérébrales infantiles quel que soit le groupe envisagé.

Le pronostic de la diplégie souvent compliquée de lésions cérébrales graves est, en général, très médiocre et assez peu amélioré par les procédés de rééducation.

La thérapeutique prophylactique : en particulier restreindre les interventions par forceps, préférer les opérations abdominales aux vaginales, reste seule efficace.

2° *Les paralysies dites obstétricales du bras.* — Ce sont soit des paralysies du plexus brachial, soit plus fréquemment des troubles dus à une distorsion de l'épaule.

L. en relève 15 cas dont 3 paralysies type Duchenne-Erb, 1 luxation de l'épaule et 11 distorsions de l'épaule.

A défaut de traitement immédiat, ces enfants deviennent des infirmes définitifs au bras raccourci et atrophié.

3° *Les fractures obstétricales.* — Ce sont surtout les fractures de cuisses au cours des versions ou abaissement des jambes; 12 cas sont signalés par L. qui insiste sur le pronostic bénin de l'affection bien et précocement traitée.

4° *Le torticolis congénital.* — Son étiologie est assez discutée. Bien souvent ce sont des lésions constituées *in utero*, et on a pu les constater chez des enfants nés par césarienne, ou les observer sur des radiographies d'utérus gravide.

Sur les 40 cas notés par L., il en attribue 10 avec vraisemblance à l'accouchement.

Dans l'ensemble, 143 infirmes du fait de l'accouchement ont été relevés sur 5.537 malades (soit 3 p. 100). Ce chiffre relativement faible par rapport au nombre d'enfants normaux doit cependant être augmenté du nombre des enfants qui n'ont pas survécu aux lésions obstétricales graves.

Ce pourcentage d'infirmes d'origine obstétricale, reporté sur le nombre total de jeunes infirmes en Allemagne (110.000 environ), montrerait que 3.300 de ces malades incurables doivent leur infirmité au traumatisme obstétrical.

Le remède à cet état de choses serait dans l'amélioration des conditions opératoires de l'accouchement.

G. Dreyfus-Sée.

V. Friedmann. ***Diagnostic topographique de la cause des septicémies à l'aide de l'examen bactériologique*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVI, n° 32, 9 Août 1929). — Le traitement chirurgical des infections septicémiques est en Allemagne à l'ordre du jour.

F. résume dans un article détaillé les travaux et les principales discussions de l'indication opératoire dans les septicémies et pyémies. Il confirme l'opinion de Schottmüller qui a montré que le sang est loin d'être, ainsi qu'on le croyait jusqu'alors, un milieu de culture favorable à la pullulation microbienne. Au contraire les germes disparaissent rapidement dans le sang et seul le foyer infectieux reste le point de départ de décharges microbiennes répétées, d'où la nécessité absolue de supprimer ce foyer et même d'oblitérer ses voies efférentes : ligatures veineuses prophylactiques de Trendelenburg, Martens, etc.

Mais ici les difficultés diagnostiques et opératoires créent de nombreux obstacles. En particulier, au cours des infections pyémiques, otogènes, amygdaliennes, le point de départ du foyer thrombosique peut être très difficile à déceler.

Certaines infections post-angineuses procèdent de l'amygdale la moins malade en apparence; dans les scarlatines graves avec angines, rhino-pharyngite septique et parfois infection de l'oreille ou des sinus, la source de la pyémie ne peut guère être précisée. Or, la détermination du siège du thrombus est indispensable, surtout lorsqu'il faut faire une ligature haute jugulaire qu'il est impossible de pratiquer des 2 côtés.

Dans certains de ces cas, il a été possible à F. de localiser le processus thrombo-phlébitique à l'aide de l'examen bactériologique du sang des vaisseaux émanant du foyer.

En effet, très fréquemment l'hémoculture est négative ou montre peu de germes en dehors de la période suivant immédiatement le frisson. Ce fait est dû à la destruction rapide des microbes ou à leur dissémination dans les viscères interposés sur le circuit veineux (foie, poumons, etc.).

Par contre, dans le sang des veines efférentes du foyer, les microbes sont encore nombreux et il est vraisemblable qu'en dehors même des décharges abondantes discontinues on pourrait y déceler quelques germes émis plus discrètement.

C'est ainsi qu'en prélevant du sang dans la jugulaire interne au-dessus de l'abouchement de la faciale, il a été possible à F. de localiser le siège du thrombus infecté, l'ensemencement révélant de nombreux microbes à ce niveau, alors que l'hémoculture du sang cubital était négative.

Cependant, si elle rend possible la localisation du thrombus et, par conséquent, indique le lieu d'élection de la ligature, cette méthode ne permet pas toujours de préciser le foyer d'infection et il faut s'aider des données cliniques.

Cette réserve est justifiée par un des cas particulièrement intéressants de F. où la cause, en apparence otogène, était en réalité rétro-tonsillaire, les microbes pénétrant directement à travers la paroi jugulaire sans emprunter la veine faciale dont le sang était stérile.

Dans l'ensemble, réserve faite des exceptions possibles dans lesquelles même le sang des veines émissaires du foyer pourrait être stérile, il y a là une méthode de diagnostic topographique à retenir; associée aux données cliniques, elle peut donner des résultats satisfaisants et a déjà permis à F. d'obtenir quelques succès opératoires ainsi qu'en témoignent les observations qu'il communique.

G. Dreyfus-Sée.

Schwarzmann. ***Une nouvelle méthode thérapeutique de l'angine de poitrine*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXVI, n° 32, 9 Août 1929). — S. résume et confirme ici ses premières communications concernant la pathogénie de l'angor pectoris d'où résulte une thérapeutique nouvelle.

Étudiant depuis de nombreuses années les réflexes cardiaques et leurs causes provocatrices, il a été amené à soupçonner l'existence d'une hormone spécifique contenue dans la musculature squelettique et dont l'absence détermine une crampe du muscle cardiaque encore favorisée par la production anormale, pathologique, d'une autre substance dans les muscles squelettiques.

S. s'était demandé, en conséquence, si l'organe malade au cours de l'angine de poitrine n'était pas le système musculaire squelettique et s'il ne serait pas possible de faire la preuve thérapeutique de l'existence de ces hormones musculaires.

Se basant sur ces données théoriques, S. a traité plusieurs malades dont les crises résistaient aux traitements habituels par des injections sous-cutanées d'un extrait de la musculature squelettique du veau.

Tous ces malades atteints d'angine de poitrine vraie, avec syndrome fonctionnel douloureux particulièrement intense, ont été considérablement améliorés par cette thérapeutique.

Dans cette communication préalable, l'auteur indique simplement les grandes lignes de sa méthode qui, malgré qu'elle soit encore récente, lui a donné des résultats tellement satisfaisants qu'il attend avec confiance le recul du temps et poursuit aussi largement que possible son expérimentation clinique.

G. Dreyfus-Sée.

Hoppe. ***Le traitement ambulatoire des infections suppurées*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVI, n° 33, 16 Août 1929). — L'introduction des diverses méthodes modernes d'antisepsie, de choc, de vaccination pose actuellement une série de problèmes au cours d'affections qui étaient autrefois du domaine exclusivement chirurgical.

La règle générale d'immobiliser la région malade (bandage empêchant la mobilisation articulaire) reste capitale quand il s'agit d'une articulation. On appliquera des pansements humides sur les abcès alors qu'on les évitera dans les furoncles.

Localement, la méthode conservatrice est préconisée par H. dans les furoncles de la face, l'érysipèle, les panaris articulaires ou cutanés, les infections cutanées superficielles consécutives à des égratignures ou morsures.

Il emploie dans tous ces cas le procédé de stase passive de Bier à l'aide d'une bande serrée au niveau du cou lorsqu'il s'agit d'affection faciale, à la base du doigt atteint lors de panaris.

Cette bande est appliquée 22 heures avec une interruption de 2 heures. Sur 240 malades ainsi traités, H. a obtenu la guérison rapide des furoncles, erysipèle et panaris, sans aucun incident.

Seuls les cas graves nécessitent en plus le repos au lit.

Les collections suppurées, les panaris profonds, les phlegmons sont justiciables de la thérapeutique chirurgicale précoce.

Bien pratiquée avec un drainage soigneux, elle doit éviter les complications secondaires et amener la guérison sans nécessité d'intervention ultérieure.

Le traitement mixte conservateur et opératoire est indiqué dans les inflammations des lymphatiques ou des glandes sudoripares, dans les mastites et dans certains furoncles.

La chaleur est utile, l'opération ne doit pas être prématurée.

Le meilleur exemple est donné par le bubon inguinal dont l'incision est suivie d'une rapide guérison à condition de n'être pas pratiquée trop précocement.

Les cataplasmes sur les ganglions enflammés, la succipompe pour les mastites aiguës afin d'éviter la stase lactée et l'engorgement mammaire constituent le 1er temps.

L'opération chirurgicale par grande incision cruciale est faite quand la collection est formée.

Le traitement mixte s'impose aussi dans les furoncles compliqués.

L'administration de soufre qui a donné de très bons résultats dans les furonculoses devient ici insuffisante.

La méthode hyperhémiante de stase favorise la nécrose, mais le traitement chirurgical secondaire peut être utile.

G. Dreyfus-Sée.

S. Margulis. ***Utilisation de la sonde duodénale pour le traitement du ténia chez les adultes et les enfants*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVI, n° 36, 6 Septembre 1929). — Les modifications sociales et l'abandon de beaucoup de pratiques hygiéniques depuis la guerre sont vraisemblablement causes de la notable augmentation de fréquence de l'helminthiase dans la clientèle populaire.

Depuis deux années, M. emploie contre les vers intestinaux, et en particulier contre le ténia, le traitement indiqué par Schneiders par sondage duodénal.

Cette méthode lui paraît remarquablement efficace et présente en outre l'avantage d'être parfaitement tolérée sans aucun des troubles qui accompagnent la thérapeutique par voie orale.

La veille de la cure, le malade est purgé à 2 reprises par 25 gr. de sulfate de soude. Le matin suivant, après un lavement évacuateur, le ténifuge est introduit dans le duodénum à l'aide de la sonde d'Einhorn. Le médicament employé était le classique extrait éthéré de fougère mâle à la dose de 6 gr. dans une infusion de séné (5 gr. pour 100) émulsionnée avec de la gomme arabique.

Aucun échec n'a été enregistré sur plus de 40 cas; deux fois les malades ont évacué plusieurs têtes de parasites (2 et 4 têtes).

Ce procédé, qui permet d'utiliser une moindre quantité de médicament tout en obtenant une efficacité plus certaine, est avantageusement employé en médecine infantile.

Chez 4 enfants de 5 à 13 ans, M. affirme avoir pratiqué sans nulle difficulté le tubage duodénal, grâce auquel il put obtenir l'évacuation des parasites avec des doses inférieures à celles habituellement préconisées.

G. Dreyfus-Sée.

G. Jung et K. Voit. ***Recherches sur le passage d'urotropine dans le liquide céphalo-rachidien*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVI, n° 36, 6 Septembre 1929). — Les opinions des auteurs concernant l'action thérapeutique de l'urotropine sur les infections du liquide céphalo-rachidien restent partagées. Alors que les uns lui dénient toute efficacité, d'autres la considèrent comme un précieux médicament euratif et même prophylactique des méningites consécutives aux opérations sur les voies auditives. On a insisté en particulier sur la nécessité d'employer des doses élevées et surtout prolongées du médicament, qui, selon Hinsberg, ne passerait dans le canal rachidien qu'après avoir atteint une concentration suffisante dans le sang. Par contre, Tetens Hald nie la possibilité de cette accumulation et préconise les doses très élevées au risque même de déterminer une altération des voies urinaires.

Ces divergences d'opinion sont partiellement dues à l'incertitude actuelle des données positives sur le passage de l'urotropine dans le liquide céphalo-rachidien.

J. et V. ont dosé systématiquement ce produit chez des sujets traités par voie orale ou intraveineuse. Ils ont employé une méthode qu'ils décrivent et qui est basée sur le dédoublement de l'urotropine par l'acide sulfurique, déterminant la libération de formaldéhyde que l'on dose après oxydation.

Les résultats obtenus montrent tout d'abord l'infime passage dans le liquide rachidien du médicament employé par voie digestive. L'efficacité de cette méthode en est notablement infirmée.

Par voie intraveineuse, en utilisant de grosses doses et surtout en répétant les injections, les quantités d'urotropine décelables deviennent appréciables; le principe de l'accumulation semble ainsi confirmé.

Dans l'ensemble, ces résultats expérimentaux sont en faveur de l'administration prolongée d'urotropine, administrée exclusivement par voie intra-veineuse et à doses suffisamment élevées. Ces conditions paraissent indispensables pour obtenir une action efficace de ce médicament dans le traitement des méningites otogènes.

G. Dreyfus-Sée.

THE LANCET

(Londres)

A. P. Thomson (Birmingham). ***La psittacose : quelques cas d'infection humaine*** (*The Lancet*, tome CCXVII, n° 5525, 20 Juillet 1929). — La psittacose, qui est une maladie du perroquet, atteint quelquefois l'homme, mais le diagnostic n'est fait que très rarement, car les symptômes ne sont pas très caractéristiques.

T. apporte quatre cas, dans lesquels les symptômes étaient ceux d'une typhoïde accompagnée de signes pulmonaires importants : le diagnostic fut fait par les commémoratifs (perroquet malade dans l'entourage), et par la présence de « bacillus psittacosis ».

T. suggère l'organisation d'une visite sanitaire pour tout perroquet à son arrivée en Europe, car la psittacose humaine est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit.

R. Rivoire.

W. Mc Leod et H. Sugare. ***Le diagnostic bactériologique de la coqueluche*** (*The Lancet*, tome CCXVII, n° 5526, 27 Juillet 1929). — Depuis qu'en 1906 Bordet et Gengou décrivirent le microbe spécifique de la coqueluche, bien peu de travaux ont été accomplis pour vérifier leur découverte et pour tenter d'en tirer un diagnostic bactériologique facile. Cependant au Danemark, fonctionne un institut qui pratique ce diagnostic aussi aisément que le diagnostic de la diphtérie.

Le « Bacillus pertussis » présente, en effet, un certain nombre de particularités qui rendent sa différenciation facile : c'est un bacille ovoïde, gram-négatif, qui ne peut être confondu qu'avec le « bacillus influenzæ », microbe banal que l'on trouve dans l'expectoration de nombreuses affections pulmonaires. Mais le bacille de Bordet-Gengou présente des points spéciaux ; il pousse en 72 heures environ sur milieu spécial, gélose à l'extrait glycériné de pomme de terre, donnant des colonies en perles très caractéristiques ; repiqué sur gélose chocolatée, il ne pousse pas, alors que le bacillus influenzæ se développe abondamment. En outre, le bacillus pertussis vit plusieurs semaines à 4°, et il produit une catalase très marquée.

Tous ces caractères permettent aisément le diagnostic, en particulier l'aspect des colonies qui sont facilement reconnues à l'œil nu.

Les résultats sont excellents : le bacille est mis en évidence presque constamment dans la 1re semaine ; la moitié des cas dans la 2e semaine.

D'autre part, L. et S. ont vérifié, par des examens bactériologiques sur le cadavre, que le bacillus pertussis ne se trouve pas dans les voies respiratoires des enfants morts d'autres maladies que la coqueluche : c'est donc bien un microbe spécifique.

R. Rivoire.

Muir Crawford (Glasgow). ***Contribution à l'étude de la glycosurie rénale*** (*The Lancet*, tome CCXVII, n° 5527, 3 Août 1929). — L'existence de glycosurie non diabétique est maintenant bien connue.

Par suite d'un abaissement du seuil rénal du glucose, le rein laisse filtrer le sucre au-dessous de la concentration normale de 0,18.

Le problème le plus délicat est celui de la cause de cet abaissement du seuil rénal : même l'étude du diabète phloridzinique n'a pu éclaircir ce point.

Certains auteurs ayant trouvé une hypocalcémie chez les malades atteints de glycosurie rénale, des essais de traitement par le lactate de calcium et l'extrait parathyroïdien ont été tentés : les résultats n'ont pas semblé concluants.

Plus intéressante est l'hypothèse suivant laquelle le seuil rénal est sous la dépendance du système nerveux organo-végétatif : il semble en effet que les glycosuriques soient souvent des déséquilibrés du sympathique ; et l'administration de médicaments tels que l'ergotamine ou l'atropine modifie nettement l'élimination du glucose. Cette hypothèse expliquerait l'hypocalcémie, qui, on le sait, est un facteur de déséquilibre vago-sympathique.

R. Rivoire.

John Poynton et Bernard Schlesinger. ***Traitement de la chorée par le nirvanol*** (*The Lancet*, tome CCXVII, n° 5528, 10 Août 1929). — Un traitement nouveau de la chorée a fait son apparition récemment en Allemagne ; il est très peu connu à l'étranger, et mérite cependant des essais, car il semble fort intéressant.

Le nirvanol est le γ-γ phényléthylhydantoine, combinaison de glycol et d'urée. Ce produit était initialement utilisé comme sédatif du système nerveux ; mais son action sur la chorée est d'un ordre tout

spécial, car il ne s'observe qu'après plusieurs jours de traitement.

Le produit est administré par la bouche à la dose de 1 centigr. par jour. C'est seulement 8 à 15 jours après le début du traitement qu'apparaît la « crise nirvanique », si caractéristique, qui va marquer la guérison du sujet. Cette crise nirvanique, précédée pendant 24 heures d'une aggravation des mouvements choréiques, consiste essentiellement en une éruption morbilliforme, d'abord localisée à la poitrine, puis, en quelques jours, généralisée. En même temps apparaît une fièvre modérée et l'examen du sang révèle une éosinophilie très nette.

Dès que l'éruption est apparue, les mouvements choréiques disparaissent. En 3 ou 4 quatre jours, 8 jours au plus, l'éruption s'efface. Il n'y a pas de récidives de la chorée, mais la médication semble sans action sur les localisations cardiaques. D'autre part, le remède n'est pas assez ancien pour qu'on puisse juger sa valeur contre les récidives tardives de la maladie.

Malheureusement, le nirvanol n'est pas un médicament absolument inoffensif : quelques observations ont été signalées d'accidents tardifs, 20 jours à 1 mois après le début du traitement; il s'agit d'ordinaire d'une nouvelle crise, plus violente que la première, analogue à une crise anaphylactique, s'accompagnant d'œdèmes multiples. Chose curieuse, il semble bien que ces crises secondaires soient en rapport avec une exposition trop précoce aux rayons solaires ou aux rayons ultra-violets. On n'a cependant jamais observé d'accident mortel.

La prudence conseille cependant de s'abstenir du traitement dans les formes bénignes de chorée, de ne pas dépasser la dose quotidienne de 1 centigr., et de cesser le traitement dès l'apparition de la crise.

Il n'en reste pas moins que le nirvanol semble une acquisition thérapeutique importante, dont l'action est particulièrement précieuse dans les cas de chorée grave. R. Rivoire.

Arthur Compton (Alexandrie). ***Le bactériophage antidysentérique dans le traitement de la dysenterie bacillaire : étude de 66 cas*** (*The Lancet*, tome CCXVII, n° 5528, 10 Août 1929). — La valeur thérapeutique du bactériophage antidysentérique a été très discutée depuis les premiers cas de d'Hérelle. C. a étudié en grand le bactériophage à Alexandrie où la dysenterie bacillaire est une des principales causes de mortalité, et où la sérothérapie avait été à peu près abandonnée comme inefficace.

C. utilisait un bactériophage polyvalent, obtenu avec des germes locaux : 2 Shiga, 3 Flexner, 6 Hiss et 1 Gay, ce qui correspond à la moyenne de l'infection égyptienne.

Les résultats furent : très bons dans la moitié des cas, moyens dans un quart, échec complet un autre quart.

L'âge du malade a une importance capitale dans le succès : au-dessous de 1 an, certitude d'échec ; au-dessus de 10 ans, certitude de succès.

La précocité du traitement est également fort importante. De même la flore intestinale, la présence de *proteus vulgaris* en quantité étant de mauvais pronostic.

Dans l'ensemble, les résultats thérapeutiques sont très satisfaisants. D'autre part, depuis le début de l'expérimentation du bactériophage, la mortalité par dysenterie a nettement baissé à Alexandrie : peut-être à cause de la dissémination épidémique du bactériophage par les sujets guéris. R. Rivoire.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA
(Stockholm)

H. C. Jacobaeus, G. Selander et N. Westermark (Stockolm). ***Etude du collapsus atélectasique aigu, massif, du poumon*** (*Acta medica Scandinavica*, tome LXXI, fasc. 5-6, 21 Août 1929). — Lorsqu'un ou plusieurs lobes ou portion de lobe pulmonaire se vident brusquement de l'air qu'ils contiennent, se réalise un collapsus atélectasique aigu des poumons. Lorsque l'atélectasie est massive, le poumon ne remplit plus le thorax qui est déprimé; la trachée, le cœur, le médiastin sont déplacés et le diaphragme est aspiré; l'image radiologique en est tout à fait caractéristique. On peut observer ce collapsus massif et aigu dans des circonstances variées. J., S. et W. groupent les cas observés en 3 catégories : la première comprend 3 cas, 2 complets et 1 partiel survenus après hémoptysie au cours d'une tuberculose pulmonaire aiguë; la deuxième se rapporte à 2 cas consécutifs à une pneumonie aiguë et la troisième à 4 cas de collapsus massif survenus après une injection de lipiodol dans les bronches. Ces cas sont les plus intéressants, car ils permettent de suivre la production, le développement et la disparition de l'atélectasie mieux et d'une façon plus précise que dans les cas spontanés.

Contrairement au collapsus pulmonaire, obtenu expérimentalement chez l'animal par tamponnement des bronches, n'apparaissant sur un radiogramme que 4 à 6 heures après, l'atélectasie par injection de lipiodol est beaucoup plus rapide, on peut la constater après 10 à 15 minutes.

Le degré et l'extension de la zone atélectasiée ne sont pas en rapport direct avec le remplissage des bronches par le lipiodol; il est probable qu'il s'y surajoute un spasme bronchique spontané.

Il semble que ces phénomènes de collapsus atélectasique aigu se développent surtout lorsque les bronches sont normales. Le spasme et les contractions bronchiques qui sont une cause du collapsus ne semblent apparaître que sur les bronches normales et disparaître dès que les bronches présentent des altérations pathologiques.

Robert Clément.

Tage Christiansen (Copenhague). ***Sur la position de l'anémie hémolytique aiguë de Lederer dans le système hématologique*** (*Acta medica Scandinavica*, tome LXXI, fasc. 5-6, 21 Août 1929). — Les classifications des maladies du sang purement morphologiques sont certainement provisoires. Lederer a essayé de différencier un groupe dans les anémies aiguës.

L'anémie de Lederer est une anémie aiguë, probablement toxique, du type hyperchromique, avec régénération mégaloblastique du sang. Elle est caractérisée par son début brusque avec fièvre, la chute rapide du pourcentage de l'hémoglobine et la leucocytose. Sauf la leucocytose, l'examen du sang est celui d'une anémie pernicieuse. Suivant Lederer et Holst, elle diffère de l'anémie pernicieuse par l'absence de glossite, d'achylie et de symptômes nerveux et du fait qu'une simple transfusion du sang amène un rapide et définitif retour à la normale.

C. rapporte 5 cas d'anémie de Lederer dont l'un débuta comme un ictère catarrhal. Ce malade guérit sans transfusion; il présenta une glycosurie légère et passagère; durant son séjour, le pourcentage des réticulocytes augmenta spontanément.

L'anémie de Lederer diffère encore de l'anémie pernicieuse du fait que l'opothérapie hépatique n'a aucune influence sur le pourcentage des réticulocytes; que l'index hémoglobinique s'élève; et que l'érythropoïèse normale ne se rétablit pas, même longtemps après la fin du traitement par le foie.

Robert Clément.

Ake Barkman (Upsal). ***Des symptômes extrapyramidaux dans le myxœdème*** (*Acta medica Scandinavica*, tome LXXI, fasc. 5-6, 21 Août 1929). — B. rapporte l'observation d'une femme de 47 ans atteinte de myxœdème acquis, présentant, en outre, toute une série de symptômes cérébelleux. On observait du tremblement, des mouvements démesurés, de l'asynergie, de l'adiadococinésie, de la catalepsie cérébelleuse, la parole était scandée, la marche chancelante et incertaine.

Ce fait peut donc être classé dans la catégorie des myxœdèmes à symptômes cérébelleux; mais cette observation offre un intérêt particulier du fait que l'on constatait, en outre, la contraction paradoxale de Westphal et une réaction électrique myodystonique du muscle tibial antérieur et du long péronier des deux côtés.

Ces symptômes cédèrent à l'opothérapie thyroïdienne; mais les symptômes d'hypertonie persistèrent plus longtemps que les symptômes cérébelleux et ceux-ci plus longtemps que les signes psychiques et somatiques.

Il s'agirait d'une action toxique agissant, non seulement sur le système cérébelleux, mais sur les noyaux gris de la base de l'encéphale. B. compare la lenteur des mouvements des myxœdémateux avec celle qu'on observe chez les patients atteints de maladie de Wilson ou de parkinsonisme post-encéphalitique. Robert Clément.

Gunnar Hellsing (Osterasen). ***Observations de thoracoplastie au sanatorium d'Osterasen durant les années 1919 à 1928*** (*Acta medica Scandinavica*, tome LXXI, fasc. 5-6, 21 Août 1929). — H. rapporte 40 observations succinctes de thoracoplastie pratiquées depuis 10 ans.

Les indications de la thoracoplastie sont les mêmes que celles du pneumothorax; mais, alors que celui-ci n'est que transitoire et passager, la thoracoplastie est définitive.

Les résultats qu'il a obtenus sont très satisfaisants. Sur 40 sujets, 19 furent améliorés au point de reprendre leur travail (c'est-à-dire 47,5 pour 100), 9 furent améliorés (22,5 pour 100). L'ensemble des cas favorables s'élève donc à 70 pour 100.

7 malades ne présentèrent aucune amélioration ou furent aggravés (17,5 pour 100) et 5 moururent (12,5 pour 100).

Des réductions de radiographies accompagnent ce travail.

Robert Clément.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES
(New-York)

K. D. Figley. *Asthme dû aux éphémères* (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXVII, n° 3, Septembre 1929). — F. relate 4 cas d'asthme dû aux éphémères, insectes névroptères qui abondent dans la région des Grands Lacs et qui, passant de l'état de nymphe aquatique au stade adulte, apparaissent par myriades vers le mois de Juillet au bord des eaux.

Le premier de ces malades attira lui-même l'attention sur la coïncidence existant entre l'époque de ses accès et l'apparition des éphémères. Les crises débutaient chaque année en Juillet et duraient pendant un mois; elles cessaient avec la disparition des insectes ou lorsqu'il quittait le voisinage du lac. Les cuti-réactions pratiquées avec des extraits d'éphémères se montrèrent très positives, tandis qu'elles étaient négatives avec les pollens des plantes qui à cette saison sont responsables de l'asthme des foins.

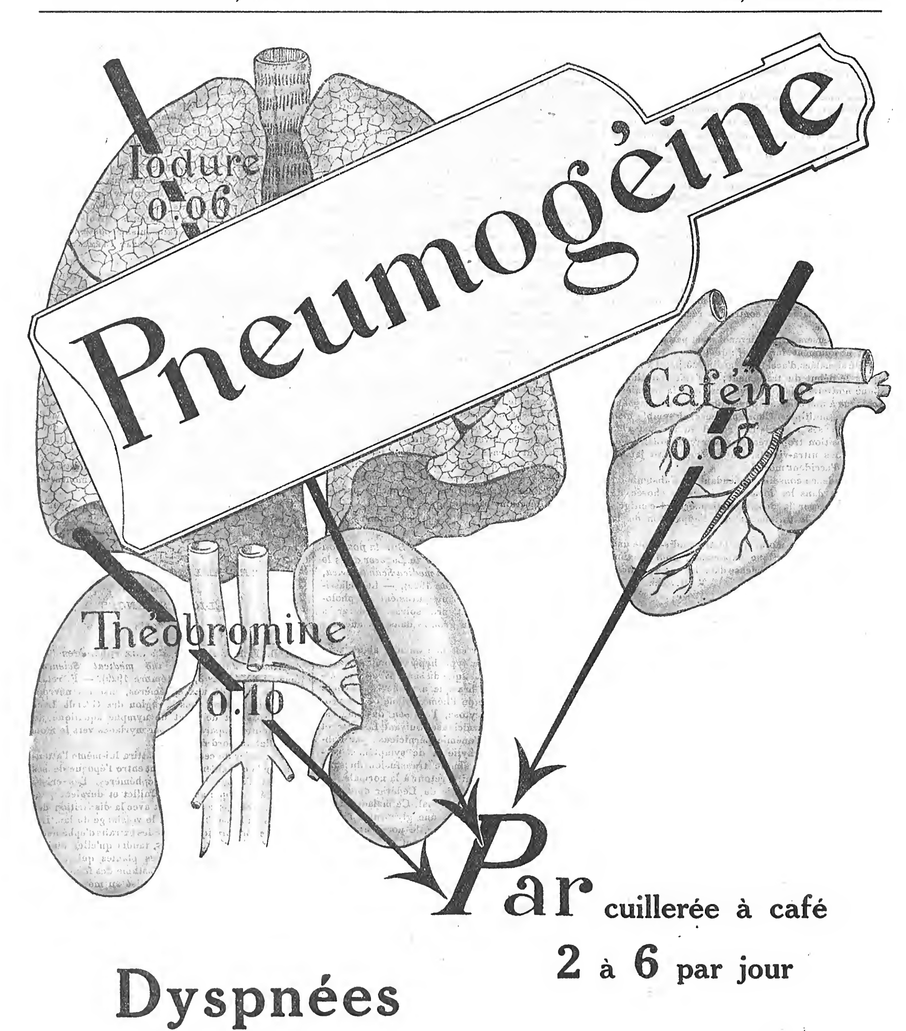
Le malade put être désensibilisé au moyen de cet extrait et, l'année suivante, il ne présenta plus d'accès.

L'histoire des 3 autres patients est identique, à cette exception près qu'on n'eut pas l'occasion de tenter chez eux la désensibilisation.

L'hypersensibilité aux éphémères semble être très rare puisque sur plusieurs centaines d'asthmatiques, la cuti-réaction aux éphémères n'a été trouvée positive que dans ces 4 cas. Néanmoins comme ces insectes ont une aire de distribution très étendue dans le monde, il faut penser qu'ils peuvent jouer le rôle d'agents sensibilisants.

Quant à la sensibilisation, elle semble bien résulter de l'inhalation de parcelles de la mince cuticule qu'abandonnent les insectes au moment de leur dernière mue où ils passent de l'état de nymphe à celui d'adulte, et qui flotte en quantité considérable dans les airs.

P.-L. Marie.


Pneumogéine
Iodure 0.06
Caféine 0.05
Théobromine 0.10
Par

THE JOURNAL OF EXPERIMENTAL MEDICINE

(*Baltimore*)

L. Gross, L. Loewe et B. Eliasoph. ***Essais pour reproduire le rhumatisme articulaire aigu chez les animaux*** (*The Journal of experimental Medicine*, tome L, n° 9, Juillet 1929). — G., L. et E. ont institué des expériences faites sur une large échelle destinées à reproduire le rhumatisme articulaire aigu. Ils ont inoculé à un grand nombre de mammifères d'espèces diverses, veaux, moutons, porcs, chiens, etc., 20 souches de streptocoques, isolés par hémoculture dans la plupart des cas chez des rhumatisants authentiques, et avec d'autres produits qu'on pouvait supposer renfermer le virus de la maladie, tels que sang total, liquide péricardique, filtrats d'extraits ganglionnaires, de nodules sous-cutanés, de l'amygdale, etc.. le diagnostic ayant toujours été vérifié par la biopsie ou l'autopsie.

La technique d'inoculation fut très diverse et on s'ingénia à prédisposer le plus possible les animaux à contracter la maladie : sensibilisation par des injections préliminaires de streptocoques tués avant de procéder à l'injection intrapéritonénale de cultures vivantes, tentatives d'exaltation de la virulence par passage préalable des cultures en sacs de collodion dans le péritoine, etc.

Etant donné le caractère ubiquitaire des streptocoques et leur présence fréquente à l'autopsie chez des individus n'ayant pas succombé au rhumatisme articulaire aigu, par exemple sur la mitrale, dans le myocarde, etc., étant donné d'autre part l'absence de réactions immunologiques spécifiques dans le sang des sujets atteints, G., L. et E., pour affirmer la nature rhumatismale des manifestations observées, se sont basés sur la production d'une péricardite ou d'une endocardite non microbienne et surtout sur la constatation de la lésion vraiment pathognomonique, le nodule d'Aschoff, dont ils précisent les caractères histologiques.

S'en tenant à ces critères et bien qu'ils aient obtenu chez un petit nombre d'animaux des amas de cellules inflammatoires ressemblant au nodule d'Aschoff par certains côtés, une péricardite dans 8 cas, des déterminations articulaires dans 12, une endocardite végétante dans 4, ils estiment en définitive qu'ils n'ont pas réussi à reproduire la maladie rhumatismale chez les animaux et ils croient que cette conclusion s'applique à tous les travaux antérieurs publiés sur cette question.

P.-L. Marie.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE

(*Chicago*)

F. N. Allan. ***Deux cas d'hyperinsulinisme*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLIV, n° 1, Juillet 1929). — A. a déjà relaté un cas d'hyperinsulinisme dû à un cancer des îlots de Langerhans. Le malade avait des pertes de connaissance avec convulsions s'il ne prenait pas de sucre à toute heure du jour et de la nuit.

Voici 2 nouveaux cas : le 1er, chez un homme de 52 ans, présentant des accès de défaillance et de stupeur depuis 2 ans et de nombreuses pertes de connaissance avec convulsions lorsqu'il restait plusieurs heures sans manger ou à l'occasion du moindre exercice, ce qui le condamnait à l'inaction. La prise fréquente d'aliments améliorait son état. L'examen montra que, lorsque la nourriture était supprimée, il se produisait une chute graduelle du taux de la glycémie et qu'à 0 gr. 06 pour 100 les symptômes hypoglycémiques apparaissaient. On nota jusqu'à 0 gr. 04. Pour éviter l'hypoglycémie, il fallait donner l'équivalent de 500 gr. de glycose par jour et 3 repas pendant la nuit. L'adrénaline, l'extrait d'hypophyse amélioraient l'état d'hypoglycémie. On fit une résection du corps et de la queue du pancréas (14 gr.) qui se montra normal à l'œil nu et au microscope. L'opération fut suivie d'une amélioration importante. La glycémie à la suite oscilla entre 0 gr. 11 et 0 gr. 7 pour 100 ; le malade put se contenter de 3 repas par 24 heures et n'eut plus qu'occasionnellement de légers symptômes d'hypoglycémie.

Le dernier cas qui est encore en observation concerne un homme de 47 ans, présentant le même syndrome que les 2 autres depuis 4 ans. Ayant été privé de repas fréquents, il avait eu en outre des accès maniaques durant quelques heures et ayant plusieurs fois nécessité la camisole de force. Dès que le sucre sanguin tombe à moins de 0 gr. 05, les symptôme d'hypoglycémie se montrent. Il faut l'équivalent de 450 gr. de glycose à des intervalles convenables pour éviter les accès. L'adrénaline, l'hypophyse, l'éphédrine à un moindre degré, ont une efficacité passagère contre l'hypoglycémie.

Il semble qu'à côté des tumeurs du pancréas, la production exagérée d'insuline puisse relever d'un trouble fonctionnel de cette glande. Cliniquement il est délicat de distinguer l'hypoglycémie liée à l'hyperinsulinisme de l'hypoglycémie due à une insuffisance hépatique élective. Deux critères pourraient avoir quelque valeur à cet égard : l'effet de l'adrénaline et de l'extrait d'hypophyse, et la quantité de sucre nécessaire pour maintenir le taux de la glycémie voisin de la normale.

Lorsque la tendance à l'hypoglycémie est si forte que le malade devient un invalide, l'intervention chirurgicale donne des résultats encourageants.

P.-L. Marie.

A. Gordon. ***Rapport entre la soustraction de liquide céphalo-rachidien et la température du corps*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLIV, n° 2, Août 1929). — Chez 250 patients, tant enfants qu'adultes, présentant des troubles nerveux variés, G. a pratiqué la ponction lombaire ou ventriculaire et pris la température du corps avant l'intervention et plusieurs fois ensuite dans les 3 heures consécutives. Une élévation de température a été notée dans tous les cas après la ponction. Elle débute quelques minutes après. L'ascension continue jusqu'à la 3e heure pour faire place ensuite à une chute graduelle jusqu'à la température initiale. Elle varie entre 0°3 et 1°5. Plus la soustraction de liquide est grande, et plus l'ascension est rapide et marquée. Elle est plus forte chez les enfants.

Dans certains cas on injecta de la solution saline physiologique pour remplacer le liquide retiré. On constata alors d'ordinaire une baisse de température immédiate suivie d'une rapide ascension de température qui est plus élevée que lors d'une simple ponction lombaire.

Après les ponctions blanches la température ne varie pas.

Cette étude confirme les constatations faites par divers observateurs et indique qu'un changement produit dans l'équilibre du liquide céphalo-rachidien par une ponction lombaire ou ventriculaire amène des modifications dans la température du corps et que ce liquide est réellement en relation avec un centre thermo-régulateur. La soustraction de liquide spinal ou ventriculaire occasionne une altération dans la configuration des ventricules et par suite une irritation mécanique des vaisseaux et des terminaisons nerveuses dans les parois des ventricules se traduisant par une modification de la température du corps. Toutes les recherches expérimentales montrent que le 3e ventricule joue le rôle le plus important dans la régulation thermique.

P.-L. Marie.

ENDOCRINOLOGY

(*Los Angeles*)

S. Shapiro. ***Troubles endocriniens parmi les adolescents des écoles supérieures*** (*Endocrinology*, tome XIII, n° 2, Avril 1929). — Parmi 1.850 élèves des écoles supérieures, S. a relevé une proportion de 2,50 pour 100 de troubles endocriniens. Sur les 50 cas décelés, 48 étaient des cas de dystrophie adiposo-génitale ; dans les 2 autres, il s'agissait de goitre simple.

La dystrophie adiposo-génitale se manifeste par la dystrophie graisseuse, l'hypoplasie génitale avec absence ou retard des caractères sexuels secondaires et l'obtusion intellectuelle. Le fait le plus saillant ici réside dans le réajustement de l'organisme inhérent à la puberté et à l'adolescence. Durant ces périodes les divers éléments du syndrome tendent à se rapprocher de la normale, mais les symptômes ne se modifient pas simultanément ni à un degré égal. Le retard intellectuel est le premier élément à se modifier; le sujet peut guérir entièrement de ce retard, mais il demeure handicapé de façon permanente en raison de son retard ancien. Les organes génitaux atteints d'hypoplasie peuvent subir un développement rapide et progressif et arriver à prendre l'aspect anatomique normal. Ce développement se produit plus tard et moins constamment que l'amélioration des facultés intellectuelles. Quant à la dystrophie adipeuse, elle ne se modifie que peu.

P.-L. Marie.

T. Christiansen. ***Macrosomia adiposa genitalis, un nouveau syndrome endocrine familial*** (*Endocrinology*, tome XIII, n° 2, Avril 1929). — C. décrit sous le nom de macrosomie adipeuse congénitale un nouveau syndrome cortico-surrénal qu'il a rencontré chez 7 enfants sur 9, tous nés à terme de 2 sœurs présentant des troubles menstruels.

Ce syndrome endocrinien congénital et familial, identique chez tous les sujets observés, se manifeste par une anomalie constitutionnelle de la croissance se traduisant peu après la naissance par un développement excessif prématuré, général et progressif du corps, mais dans lequel l'accumulation exagérée de graisse endogène amène une disproportion entre la taille et le poids du corps.

La croissance excessive se manifeste du côté du squelette tant par l'augmentation de sa longueur que par la présence de centres d'ossification prématurés et par l'apparition précoce des dents.

La glycémie est normale; il n'y a pas d'éléments pathologiques dans l'urine; cependant la diurèse est exagérée, ce qui peut s'expliquer par la voracité de ces enfants, sans faire intervenir un diabète insipide. Il existe une éosinophilie relative. Une autre particularité est le peu de vitalité de ces enfants et leur peu de résistance aux affections intercurrentes. Parmi les 7 patients observés, 5 moururent au cours de la première année.

Le développement des organes génitaux ne présente aucune anomalie; la consistance de la peau, la sécrétion sudorale et le système pileux sont normaux. Les glandes endocrines accessibles à l'exploration directe semblent normales.

A l'autopsie, dans tous ces cas, C. a trouvé, en dehors d'altérations inflammatoires du thymus d'origine discutable, accompagnées d'accumlation d'éosinophiles, des adénomes de la corticale surrénale.

Ce syndrome se rapproche beaucoup par certains côtés du syndrome surrénal à forme d'obésité de Guthrie et Emery, mais il s'en distingue par l'apparition précoce, le haut degré de l'obésité, le caractère familial, l'absence d'hypertrichose, d'hirsutisme et d'anomalies génitales, ce qui doit motiver une dénomination spéciale pour ce syndrome.

Pathogéniquement, il semble qu'on puisse admettre avec Apert que le syndrome relève de l'hypersécrétion d'une hormone hypothétique accélérant la croissance et produite par le cortex surrénal. Mais on peut se demander aussi s'il ne s'agit pas d'une dyscrasie pluriglandulaire et non simplement uniglandulaire. L'interdépendance du cortex surrénal et du thymus a été déjà établie expérimentalement (Marine, Joffe).

Quant à son étiologie, la macrosomie congénitale doit être regardée comme la manifestation d'une propriété héréditaire. Il s'agirait d'une anomalie léthale, héréditaire, dont l'apparition peut être interprétée comme un phénomène d'hérédité à transformation ou hétérophénie.

Il faut remarquer au point de vue thérapeutique que les seuls enfants qui ont survécu sont ceux qui ont été traités par l'administration alternée de préparations ovariennes et thyroïdiennes ainsi que par les injections d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse. Si la macrosomie n'a pas été guérie, l'état des malades s'est amélioré.

P.-L. Marie.

REVUE DES JOURNAUX

ARCHIVES DES MALADIES DU CŒUR DES VAISSEAUX ET DU SANG (Paris)

C. Monge (Lima). ***L'érythrémie des altitudes*** (*Archives des maladies du Cœur, des Vaisseaux et du Sang*, tome XXII, nº 10, Octobre 1929). — M. a étudié minutieusement les phénomènes érythrémiques sur les hauts-plateaux de la Cordillère des Andes (altitude moyenne de 3.500 m.).

Il rappelle les caractères du mal des montagnes ou érythrémie aiguë survenant au moment d'une ascension. Fréquemment, après un temps variable, tous les troubles disparaissent. D'autres sujets n'ont pas souffert du mal des montagnes aigu au moment de l'ascension, et, demeurant en altitude élevée, ne présentent que des troubles atténués. Si le malade descend à la plaine, ces troubles disparaissent immédiatement. S'il reste en montagne, le plus souvent, il finit par s'adapter; sinon, surviennent des manifestations plus graves, et l'on retrouve chez lui toute la symptomatologie de la maladie de Vaquez dans sa forme pure et même dans ses formes atypiques. Ici encore, un fait est caractéristique : la guérison complète dès que le malade descend en plaine. Le séjour à la plaine donne au malade une sorte de tolérance qui lui permet de revenir pour un certain temps à l'altitude, mais, au fur et à mesure que la maladie se développe, ces périodes de tolérance se raccourcissent. Si le malade quitte la montagne, il guérit; sinon la mort survient au bout d'un temps très variable, par hémorragie, par thrombose pulmonaire avec broncho-pneumonie ou enfin par insuffisance cardiaque.

M. a constaté que, chez ces malades, la saturation artérielle en oxygène diminue considérablement. Il relate, d'autre part, le résultat de ses recherches sur les facteurs qui règlent l'équilibre acide-base et sur le métabolisme basal. Les travaux de Harrop ont montré que les sujets ayant un coefficient de diffusion de l'oxygène abaissé (au-dessous de 40) souffrent du mal des montagnes. On peut admettre comme cause pathogénique des érythrémies de l'altitude par perte de l'acclimatation un fait identique qui doit être recherché. D'autant plus que le même observateur a pu trouver, dans la maladie de Vaquez, un fait identique. L'érythrémie de l'altitude se différencie de la maladie de Vaquez-Osler essentiellement par ce fait qu'elle guérit quand le sujet s'acclimate ou lorsqu'il descend. L. Rivet.

G. Paisseau et V. Oumansky. ***Les formes intermédiaires entre l'endocardite rhumatismale et les endocardites malignes*** (*Archives des maladies du Cœur, des Vaisseaux et du Sang*, tome XXII, nº 10, Octobre 1929). — P. et O. relatent 4 observations intéressantes, montrant bien la parenté entre l'endocardite maligne lente et l'endocardite rhumatismale. Les 2 premières concernent 2 sœurs atteintes, l'une et l'autre, d'endocardite d'allures cliniques différentes, mais chez lesquelles la maladie rhumatismale a revêtu un caractère familial très remarquable. Les 2 autres tirent leur intérêt de manifestations purpuriques ainsi que de la résistance au traitement salicylé.

Sans doute, le purpura n'est pas absolument inconnu dans le rhumatisme cardiaque évolutif, mais il est extrêmement rare dans le rhumatisme articulaire aigu franc. D'autre part, l'importance particulière des accidents infectieux, dans les endocardites rhumatismales où il a été signalé, établit une proche parenté entre les endocardites évolutives et les endocardites malignes dont il est une des manifestations les plus habituelles. Dans leur ensemble, les 4 cas rapportés par P. et O. ont participé à la fois de la symptomatologie de l'endocardite rhumatismale et de l'endocardite maligne. On peut avancer qu'à certains moments de leur évolution, ils sont restés inclassables dans l'un de ces deux groupes cliniques; et le diagnostic n'a été fait que par le résultat de l'autopsie dans 1 cas, et par la guérison de l'état infectieux pour les 3 autres.

En raison du résultat constamment négatif des hémocultures, répétées à plusieurs reprises dans chacun de ces cas, il conviendrait de maintenir ces faits dans le groupe des endocardites rhumatismales évolutives, si ce critérium bactériologique n'était lui-même remis en question par les constatations des auteurs américains (Clawson et Bell, etc.).

Si ces faits sont confirmés, et s'il est exact que le *Streptococcus endocarditis* peut se rencontrer dans l'endocardite rhumatismale, des observations comparables à celles de P. et O. apporteraient le témoignage que les formes extrêmes de l'endocardite rhumatismale et de l'endocardite maligne semblent se confondre par transitions insensibles dans certaines variétés intermédiaires. L. Rivet.

LE SANG (Paris)

J. Roskam. ***Purpuras hémorragiques et thrombopénie; étude clinique*** (*Le Sang*, tome III, nº 5, 1929). — A propos de 2 observations de purpura hémorragique, R. reprend la discussion de la pathogénie des syndromes hémogéniques.

Pour beaucoup, la thrombopénie est la cause principale, sinon unique, des saignements incoercibles. D'autres admettent une action associée de ce facteur et d'une altération vasculaire, quelques-uns seulement que cette atteinte vasculaire est la seule condition de ces troubles. R. montre qu'il peut exister des purpuras aigus ou chroniques, essentiels, sans troubles de la coagulation sanguine et sans aucune thrombopénie. Dans les purpuras symptomatiques aussi, l'état hémorragipare est parfois très grave sans qu'il existe de thrombopénie. L'altération des plaquettes ne paraît pas non plus être la cause des saignements profus, comme le prouvent certaines expériences d'emplaquettement en présence de levures. Le purpura hémorragique chronique peut guérir par splénectomie, sans que guérisse la thrombopénie. Il n'y a, enfin, aucun parallélisme entre la thrombopénie et la gravité des saignements. Tous ces faits vont nettement à l'encontre de l'idée d'une thrombopénie essentielle.

Beaucoup plus plausible paraît être l'hypothèse d'une origine périphérique, pariétale et vasculaire. C'est elle qui peut expliquer l'inégalité fréquente et très nette du temps de saignement selon la localisation de l'incision, l'inégalité de l'épreuve du brassard en des endroits symétriques, la variabilité d'aspect des suffusions. En outre, des lésions vasculaires ont été constatées chez les sujets qui ont succombé. Expérimentalement, dans le purpura hémorragique provoqué par injection de sérum antiplaquettes, on retrouve des lésions de l'endothélium. Tous ces faits semblent prouver que la cause réelle est une endothélite parcellaire, ou mieux une angéiose parcellaire, diminuant l'opsonisabilité et le pouvoir thromboplastique des vaisseaux, alors que la thrombopénie et le défaut de vaso-constriction sont des phénomènes secondaires. En faveur de cette conception militent et l'analyse clinique du syndrome hémorragique, et l'étude expérimentale de l'agglutination des plaquettes. A. Escalier.

R. Poinso, G. Zuccoli et M. Recordier. ***Trois nouveaux cas de lymphogranulomatose maligne sans prurit et sans éosinophilie*** (*Le Sang*, tome III, nº 5, 1929). — Beaucoup d'auteurs admettent la rareté des lymphogranulomatoses malignes sans prurit et sans éosinophilie. P., Z. et R. pensent, au contraire, qu'il convient de ne plus décrire ces deux phénomènes pathologiques parmi les symptômes cardinaux de cette affection. Ils rapportent 3 observations où ils manquèrent entièrement.

Pour eux, le prurit est souvent absent, l'éosinophilie est très inconstante et n'a pas la valeur diagnostique qu'on a voulu lui accorder. C'est l'hypertrophie ganglionnaire, la fièvre irrégulière, la splénomégalie, la polynucléose neutrophile qui orientent le diagnostic de la maladie de Hodgkin, fondé essentiellement sur la biopsie. A. Escalier.

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES MALADIES DU FOIE, DU PANCRÉAS ET DE LA RATE (Paris)

R. Goiffon. ***Recherches sur la tension superficielle des urines; ses rapports avec l'insuffisance hépatique*** (*Revue médico-chirurgicale des maladies du Foie, du Pancréas et de la Rate*, tome IV, nº 4, Juillet-Août 1929). — G. donne ici les méthodes et les résultats de toute une série de recherches portant sur l'émission urinaire des sels biliaires par l'étude de l'abaissement de la tension superficielle des urines. Il rappelle les causes d'erreur des méthodes stalagmométriques. Il reconnaît, par contre, une certaine valeur à la réaction de Hay, mais c'est surtout là une épreuve qualitative, et encore faut-il prendre quelques précautions en ce qui concerne l'acidité et la concentration des urines étudiées.

La méthode employée consiste à mesurer la force nécessaire pour maintenir au contact d'un liquide une lame de platine. Cette force est mesurée à la balance micro-magnétique de Jouan. G. fait une description complète de ce procédé, qui permet d'obtenir la tension superficielle dynamique et la tension superficielle statique; l'une et l'autre de ces tensions présentent une réelle importance.

L'expérience montre :

1º Que les variations de l'acidité urinaire ont une grosse influence sur la tension superficielle (il est nécessaire de n'employer que des urines alcalinisées);

2º Que la tension superficielle varie en raison inverse de la concentration des solutions en substances tensio-actives; mais on ne peut apprécier le taux de la cholurie par la somme de la tension superficielle en fonction de courbes standard.

G. propose l'étude des variations de la tension superficielle des urines en fonction de la dilution. Cette méthode donne des renseignements précieux sur les substances tensio-actives. Il se trouve que :

1º A de fortes concentrations de certains corps, l'abaissement de la tension superficielle n'est pas influencé par les variations de concentration, mais par la nature des corps en présence. C'est donc là un index de qualité;

2º A des concentrations faibles, l'ascension de la courbe est parallèle au taux de la dilution primitive, et peut servir d'index de quantité.

G. fait l'application de cette méthode à l'urine, en décrit la technique, et donne une série de courbes, portant sur des urines normales ou pathologiques. Il en conclut que, si le taux des substances tensio-actives dans l'urine peut être considéré comme un signe d'insuffisance hépatique, cette méthode des dilutions représente un moyen d'étude indirecte très utile de cette insuffisance. A. Escalier.

M. Tamalet. ***Paludisme et lithiase biliaire*** (*Revue médico-chirurgicale des maladies du Foie, du Pancréas et de la Rate*, tome IV, nº 4, Juillet-Août 1929). — T., sur 1.120 sujets, anciens paludéens, a trouvé 8 à 9 pour 100 d'accidents lithiasiques. Cette complication survient, en général, quelques mois après le premier accès. La première crise de colique hépatique apparaît vers le 6e-8e mois. Parfois retardée, elle est alors précédée par quelques petits troubles frustes. Quand, par la suite, le paludisme tend à disparaître, la lithiase continue d'évoluer seule.

L'état humoral de ces malades se caractérise principalement par de l'hypercholestérinémie, une gly_

cémie et une uricémie un peu élevées; l'azotémie et la cholémie sont normales. Pour T., il existe certainement un rapport assez étroit entre le paludisme et la lithiase biliaire, comme semblent le montrer les faits cliniques. La formation des calculs paraît être le résultat de plusieurs facteurs intriqués, dont les effets se surajoutent.

L'accès palustre y joue un rôle important par l'hémolyse massive et l'hémoglobinémie qu'il provoque, par la congestion hépatique intense qui l'accompagne.

La stase de cette bile devenue plus épaisse accroît encore son hyperconcentration et provoque la précipitation de calculins pigmentaires.

Cette lithiase, primitivement pigmentaire, deviendrait ensuite mixte, en servant de point d'appel à un apport de cholestérine. La précipitation de cette substance est favorisée par l'infection vésiculaire très fréquente chez les paludéens. Cette infection est surtout d'origine intestinale, créant, par la voie hématogène portale, un véritable cycle entéro-vésiculaire. Mais la cause profonde de la précipitation cholestérinique est le déséquilibre de l'état humoral vicié, où domine l'hypercholestérinémie par insuffisance cholalogénique du foie. Les accès palustres successifs bouleversent cet équilibre humoral instable, provoquant ainsi la précipitation de la cholestérine autour des calculins, dans la vésicule.

A. Escalier.

J. Tiprez et H. Warembourg (Lille). ***L'ictère dans l'ulcère duodénal*** (*Revue médico-chirurgicale des maladies du Foie, du Pancréas et de la Rate*, tome IV, n° 4, Juillet-Août 1929). — L'ictère au cours de l'ulcère duodénal est connu depuis longtemps. Pour l'expliquer, de nombreuses théories pathogéniques ont été invoquées à propos desquelles il convient, avant tout, de distinguer : 1° les *ictères par hépatite*, à évolution passagère, accidentelle; 2° les *ictères par obstruction mécanique*, d'installation définitive.

1° Dans le 1er groupe, on se trouve en présence d'ictères évoluant spontanément vers la guérison et au cours desquels on peut mettre en évidence l'existence de troubles importants du fonctionnement hépatique. D'après les uns, il s'agirait d'une hépatite consécutive à une angiocholite ascendante née à partir d'un duodénum enflammé et propagée secondairement au foie. D'après d'autres, l'atteinte hépatique serait d'origine sanguine; l'ictère duodénal, en effet, surtout pendant ses périodes d'activité, donne lieu à une résorption intense de microorganismes et de toxines qui se déversent dans la circulation porte et infectent secondairement le foie, et, en fait, l'ictère coïncide souvent avec une poussée évolutive de l'ulcère. D'ailleurs il est possible que, dans certains cas, l'hépatite soit d'ordre un peu différent, sans corrélation directe avec l'ulcère et due à une poussée infectieuse étrangère, grippale par exemple, susceptible d'expliquer aussi les complications locales — hémorragies, perforations — qui surviennent parfois en même temps;

2° Après ce groupe d'ictères explicables par une atteinte de la glande hépatique, il existe une seconde catégorie de faits, de pathogénie et d'aspect clinique tout différents, revêtant le type d'ictère par obstruction et dus à une sténose du canal cholédoque ou de l'ampoule de Vater s'expliquant par une rétraction cicatricielle d'un ulcère péripapillaire ou par la formation de brides fibreuses de périduodénite intéressant le tractus biliaire. Dans ce dernier cas, la sténose peut siéger sur le cholédoque, plus ou moins loin de l'ampoule de Vater; on l'a même vue se produire sur l'hépatique. Rien de plus commun, au cours de l'évolution de l'ulcère duodénal, que ces formations fibreuses solidarisant le foie, la vésicule, et le duodénum, déformant l'image de ce dernier et l'attirant vers la droite; un degré de plus, et l'ictère par obstruction des gros canaux pourra apparaître. On trouve dans ces cas, à l'autopsie, une dilatation généralisée des voies biliaires, le canal cholédoque pouvant atteindre les dimensions d'un intestin grêle. Le cholédoque, le cystique toujours libre, la vésicule renferment une bile épaisse, souvent chargée de mucus et parfois de pus. Dans certains cas, duodénum, vésicule, cholédoque, pancréas sont noyés dans une gangue épaisse de tissu fibreux où il peut être difficile de les distinguer les uns des autres et de reconnaître le point de départ initial de la sténose.

On a invoqué un autre mode d'apparition de l'ictère duodénal par obstruction mécanique, faisant intervenir des lésions de pancréatite scléreuse chronique. L'ulcère duodénal, creusant en profondeur, finit par s'ouvrir dans le pancréas et y détermine une sclérose qui, s'étendant progressivement à toute la glande, provoque à son tour un processus de pancréatite; celui-ci détermine l'obstruction du cholédoque, soit par tiraillement, soit plus souvent par englobement dans une masse fibreuse. Pour Carnot, l'infection pancréatique se ferait par voie canaliculaire.

Cliniquement, aussi bien que pathogéniquement, les ictères passagers par hépatite se distinguent des ictères progressifs par obstruction.

Les premiers revêtent l'aspect catarrhal ou fébrile bénin souvent un peu anormalement prolongé. Le début est assez souvent brusque, avec fièvre (jusqu'à 39°), avec état saburral des voies digestives, vomissements; mais il peut aussi se faire dans l'apyrexie complète. A la fin de cette phase pré-ictérique, apparaît l'ictère le plus souvent cholurique et accompagné de décoloration des fèces, parfois dissocié, sans rétention de sels biliaires. L'évolution n'offre rien de bien particulier, si ce n'est peut-être une tendance assez fréquente aux rechutes et aux récidives.

D'aspect et de marche tout différents est l'ictère par obstruction du cholédoque, quel qu'en soit le mécanisme. D'abord léger, il augmente progressivement d'intensité, avec une régularité qui rappelle le néo de la tête du pancréas, et passe successivement au jaune olivâtre, puis au jaune verdâtre, presque noir. Il présente tous les caractères de l'ictère par obstruction typique : cholurie intense, décoloration des matières, prurit, bradycardie, xanthopsie. Le foie est d'abord gros, pour ensuite se rétracter dans quelques cas; la rate est augmentée de volume; la vésicule est distendue, facilement palpable. La durée varie de 6 à 12 mois. La mort survient dans l'insuffisance hépatique progressive, avec coma et hémorragies ou par une des complications suivantes : abcès du foie, rupture vésiculaire, péritonite, thrombose de la veine porte ou perforation de l'ulcus.

Le diagnostic est habituellement difficile; souvent il n'est pas fait. S'il s'agit d'une obstruction cholédocienne, on la prendra souvent pour un ictère par lithiase du cholédoque ou par cancer du pancréas, du foie, de l'estomac. Lorsqu'on se trouve en présence d'un ictère passager par hépatite, on le confondra infailliblement avec un ictère catarrhal ou fébrile banal. C'est dire que, pour le diagnostic différentiel, toutes les ressources du laboratoire, les radiographies en série, le chimisme gastrique, le tube duodénal seront à utiliser largement.

J. Dumont.

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

(Paris)

Nicolas, Gaté et Rousset. ***Phosphorides cutanées*** (*Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, tome X, n° 9, Septembre 1929). — N., G. et R. ont eu l'occasion d'étudier une dermite professionnelle nouvelle chez les ouvriers qui manipulent le sesquisulfure de phosphore, produit utilisé dans la fabrication des allumettes.

Les lésions débutent par les parties découvertes, puis se généralisent. On note un érythème intense de tous les téguments, avec œdème de la face, des malléoles, de la verge; puis apparaissent des vésicules qui se transforment bientôt en pustules; il y a en outre en certains points une véritable nécrose épidermique superficielle. Les malades se plaignent alors de brûlures intenses. Bientôt l'aspect change : les vésicules laissent la place à des croûtelles mélicériques ou à un épiderme mortifié et plissé, la desquamation commence le surlendemain et on assiste à une véritable érythrodermie exfoliatrice généralisée. Pendant plusieurs jours les malades répandent une odeur phosphorée marquée, surtout quand on les enduit de corps gras.

L'évolution est bénigne et on n'observe pas de troubles d'intoxication phosphorée générale.

Les lésions ont pu être facilement reproduites expérimentalement chez l'homme et chez l'animal.

R. Burnier.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX et de la RÉGION DU SUD-OUEST

(Bordeaux)

G. Jeanneney et Ch. Wangermez. ***Eléphanthiasis radiothérapique; 3 cas d'œdème éléphantiasique du membre inférieur après radiothérapie profonde de la région inguinale*** (*Journal de Médecine de Bordeaux*, tome CVI, n° 27, 20 Octobre 1929). — L'irradiation des régions ganglionnaires est susceptible de provoquer au niveau du membre correspondant une complication rare, mais intéressante à connaître, étant donné l'erreur de diagnostic qu'elle est susceptible de provoquer : il s'agit d'un œdème éléphantiasique, identique, semble-t-il, à celui que l'on rencontre assez fréquemment au membre supérieur après une exérèse ganglionnaire très large pour cancer du sein ou lorsqu'une réunion par seconde intention a provoqué au niveau du creux axillaire une cicatrice vicieuse avec sclérose des tissus.

Les 3 cas rapportés par J. et W. ont trait à des œdèmes du membre inférieur survenus après radiothérapie profonde des régions inguinales pour épithélioma du col utérin inopérable (2 cas) ou pour adénopathie inguinale bacillaire (1 cas). Dans ces 3 cas on ne peut invoquer qu'une gêne circulatoire par sténose cicatricielle post-radiothérapique.

J. Dumont.

H. Verger (Bordeaux). ***Les paralysies épidémiques*** (*Journal de Médecine de Bordeaux*, t. CVI, n° 27, 20 Octobre 1929). — Les paralysies épidémiques ont déjà fait le sujet dans ce journal même (*La Presse Médicale*, 12 Juin 1926, 28 Janvier 1928, 4 Mai 1929) de différents articles qui ont consacré leur individualité clinique incontestable. V. revient aujourd'hui sur cette question pour exposer, dit-il, trois remarques importantes que lui ont suggérées l'étude attentive d'un certain nombre de cas observés au cours de ces dernières années.

En premier lieu, il note que ces paralysies apparaissent en série, par épidémies discrètes, à la manière du zona et de l'encéphalo-myélite épidémique de Cruchet. En quelques mois, cette année même, il a vu, à l'hôpital ou dans son cabinet, 3 paralysies faciales, 2 paralysies radiales, 2 paralysies cubitales, 3 paralysies du sciatique poplité externe. Dans aucun de ces cas il n'était possible d'incriminer sérieusement une étiologie classique, froid ou compression, bien au contraire. Celui-ci avait été interrompu, par la paralysie radiale, dans son travail qui consistait à scier du bois, au mois de Juillet; celui-là, conduisant son auto, à la même période, avait constaté qu'il lui était impossible de presser la poire de son avertisseur; et les autres à l'avenant. Cette petite enquête suffit, semble-t-il, à confirmer l'idée qu'en matière de paralysies périphériques, les étiologies classiques sont tout à fait périmées, et que les faits mieux étudiés mènent invinciblement à la notion d'une origine infectieuse.

En second lieu, dans les paralysies affectant les membres, il est aisé de voir que la limitation classique au territoire d'un seul nerf n'est pas absolument exacte. Dans les paralysies radiales, on trouve un certain affaiblissement des fléchisseurs qui ne tient pas seulement à la position tombante et au déficit des antagonistes, car on le retrouve quand la main est artificiellement relevée. Dans les paralysies des extenseurs du pied, il y a parésie des fléchisseurs et abolition du réflexe achilléen. Dans les paralysies cubitales, un déficit relatif était manifeste au niveau

des muscles innervés par le médian. Enfin, si toutes ces paralysies pouvaient être dites indolores, en ce sens qu'il n'y avait point de douleurs aiguës, elles s'accompagnaient cependant souvent, dans les premiers jours, de sensations paresthésiques, voire de douleur à la pression des muscles paralysés. Tous caractères bien difficiles à expliquer en dehors d'une origine poliomyélitique segmentaire, comme pour les paralysies du zona.

Enfin, les caractères évolutifs de ces paralysies partielles sont, en somme, tout à fait analogues, d'une part, à ceux des paralysies zostériennes, d'autre part, à l'étendue près, à ceux des paraplégies épidémiques bénignes : même début brusque à bas bruit, même absence habituelle d'atrophie et de réaction de dégénérescence, même tendance à la guérison spontanée en un laps de temps variant de quelques jours à plusieurs mois.

N'est-ce pas le cas de dire : « Qui se ressemble s'assemble »? et au nom de la seule observation clinique n'est-il pas permis de présumer une certaine unité lésionnelle de toutes les paralysies épidémiques totales, paraplégiques ou partielles? Une poliomyélite plus ou moins étendue, en hauteur et en largeur, poly- ou mono-segmentaire, bi- ou unilatérale, mais toujours, ou presque toujours, superficielle et spontanément curable, paraît l'explication la plus plausible et la plus satisfaisante pour l'esprit. Explication du reste parfaitement théorique et provisoire, jusqu'au jour où l'expérimentation et l'anatomie pathologique seront en mesure de l'infirmer ou de la confirmer.

Pratiquement, c'est-à-dire au point de vue thérapeutique, la curabilité spontanée de l'affection réserve aux médecins des succès fondés. Personnellement V. se borne à l'emploi des deux médications neurotropes modernes, l'uroformine et le salicylate de soude; il use modérément de l'électricité galvanique à la période d'amélioration, et il déconseille la radiothérapie dont l'utilité n'apparaît pas clairement. Le sérum antipoliomyélitique de Pettit lui semble devoir être réservé aux cas graves évoluant sur le mode de Heine Medin. Au total, les résultats de sa pratique des paralysies épidémiques comportent à peu près 4/5 de cas favorables. J. Dumont.

REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE

(*Genève-Lausanne*)

Ch. Cornioley (Genève). ***A propos de cranioplastie*** (*Revue médicale de la Suisse romande*, tome XLIX, nº 11, 25 Septembre 1929). — La cranioplastie est une opération destinée à combler une perte de substance de la voûte cranienne résultant en général d'une trépanation définitive faite antérieurement.

Dans le choix d'une cranioplastie, il faut, en tout premier lieu, tenir compte de l'étendue de la perte de substance à recouvrir; c'est là le facteur primordial qui fera préférer telle méthode plutôt que telle autre : la localisation de la trépanation et la forme de la perte de substance n'interviendront qu'en second lieu pour le choix du matériel prothétique.

Voici les procédés de cranioplastie qui ont été recommandés :

1º *Homoplastiques.* — A) Greffes libres : greffes de fragments de côtes; greffes de fragments de tibia; greffes de fragments de trochanter, de crête iliaque; greffes ostéo-périostiques par copeaux (Delagenière), en général prélevées au niveau du gril costal.

B) Greffes autoplastiques par glissement : greffon comprenant une partie du diploé, la table externe, le périoste, l'aponévrose épicranienne et la peau; greffon comprenant une partie du diploé, la table externe, le périoste détaché de l'aponévrose épicranienne; même sorte de greffon, mais renversé de façon que la membrane périostique soit tournée du côté de l'encéphale, pour éviter des adhérences entre les méninges molles et l'os.

2º *Hétéroplastiques* (matériel prélevé sur des animaux) : os pariétal de chien, fragment de fémur de chien, etc.

3º *Plastiques inertes* : os décalcifié, ivoire, celluloïd chauffé et moulé, plomb malléable, argent, or, platine.

Quel que soit le matériel prothétique employé, il doit répondre à certains *desiderata* : il doit être suffisamment résistant; il ne doit avoir aucune tendance à se déplacer ou à se modifier dans sa forme et dans son volume (ce qui rend critiquable l'emploi des greffes autoplastiques, osseuses ou ostéo-périostiques, qui sont susceptibles d'engendrer un cal hypertrophique et d'être la cause d'une compression localisée de l'encéphale sous-jacent); il faut qu'il soit bien toléré par les tissus ambiants et, si ce sont des masses métalliques, ne donnant pas lieu à des complications suivies d'élimination, ce qui exige qu'elles ne soient jamais incorporées dans un milieu ayant été le siège d'une suppuration antérieure; enfin il ne doit pas compromettre l'esthétique.

Ceci dit, voyons les avantages et inconvénients des différents procédés de cranioplastie :

Les greffes homoplastiques (fragments de côtes, de tibia, de trochanter et de crête iliaque) conviennent parfaitement pour les petites pertes de substance, irrégulières, résultant soit d'une trépanation de minime importance, faite à la couronne ou à la gouge, soit d'une embarrure plurie-squilleuse, opérée surtout dans les régions recouvertes de cheveux. Les greffes ostéo-cartilagineuses de Delagenière, en copeaux minces et enchevêtrés, seront appliquées dans les mêmes conditions, mais elles s'adapteront particulièrement aux petits défects irréguliers de la région frontale; la délicatesse et le peu d'épaisseur des greffons permettront d'obtenir des restaurations parfaitement esthétiques. Les greffes par glissement seront réservées de préférence aux pertes de substance de moyenne surface, régulières (3 à 5 cm. de diamètre, soit 7 à 20 cm. de surface; au-dessous de ces chiffres on aura avantage à s'adresser aux greffes ostéo-cartilagineuses; au-dessus, aux plastiques métalliques).

Les hétéroplasties prélevées sur les animaux doivent être abandonnées, car nous possédons dans les plastiques par glissement et les plasties inertes des méthodes autrement sûres et sérieuses. On ne sera du reste jamais certain de la stérilité d'une lame d'os mort prélevé sur un animal et il ne faut pas se faire trop d'illusion sur la survivance et sur la « prise de greffe » d'un fragment d'os vivant de chien ou de mouton.

Restent les plasties inertes, formées de corps étrangers non résorbables. Les corps inertes conviennent particulièrement aux grosses plasties craniennes dont la surface est supérieure à 20 cmq. En raison, d'autre part, de la facilité plus ou moins grande avec laquelle on peut les modeler, ils seront surtout appréciés pour les régions découvertes du crâne qui doivent conserver une forme donnée, pour ne pas modifier l'esthétique du visage. Ils seront donc surtout employés pour les régions fronto-pariétales. Si l'ivoire, le celluloïd tentent, à première vue, par leur poids spécifique minime, leur bas prix, la malléabilité du second, ils ont comme inconvénient d'être beaucoup moins solides que les métaux (plomb, argent, or, platine) et ne peuvent être que difficilement fixés. On leur a reproché aussi d'être bien moins tolérés que les greffes et d'avoir donné lieu à des suppurations prolongées qui ont obligé l'opérateur à en faire l'ablation. Cependant les observations ne manquent pas de plasties en celluloïd ou en métal qui sont restées en place, bien supportées par les tissus durant des années. N'en est-il pas de même d'ailleurs des ostéosynthèses au niveau de os des membres?

En tout cas, tous les chirurgiens sont d'accord pour reconnaître que les plasties inertes ne contractent aucune adhérence avec les tissus voisins et permettent d'éviter les cicatrices cortico-méningées, cause si fréquente de l'épilepsie post-traumatique.

C'est fort de ces idées que, lors d'un cas récent, ayant eu à obturer une perte de substance de 6 cm. de diamètre, C. décida d'adopter une plastie en platine. 14 mois après sa mise en place, elle restait fort bien tolérée.

J. Dumont.

GIORNALE DI CLINICA MEDICA

(*Parme*)

L. Feci (Parme) ***Plomb et rayons X dans le traitement des tumeurs malignes*** (*Giornale di Clinica medica*, tome X, fasc. 3, 20 Septembre 1929). — De l'examen des résultats publiés par les différents auteurs et de son expérience propre de l'association radio- et saturno-thérapie dans le traitement des tumeurs malignes, F. dégage des considérations intéressantes.

Il estime que la meilleure technique consiste à faire précéder et suivre l'administration de plomb colloïdal de séances d'irradiations.

L'irradiation préalable agit : *a*) en déterminant au sein de la tumeur des conditions favorables à une plus grande accumulation locale du colloïde injecté; *b*) en altérant la résistance des éléments néoplasiques à l'action toxique du plomb, laquelle, consécutivement à sa grande accumulation, acquiert une intensité particulièrement élevée.

L'irradiation consécutive possède une capacité destructive élevée, qui s'explique : *a*) parce que les éléments néoplasiques ont déjà été lésés par l'agent chimique; *b*) parce que celui-ci est la source d'une radiation secondaire d'autant plus intense et efficace que l'accumulation au sein de la tumeur aura été plus considérable.

Les préparations colloïdales les plus efficaces sont les plus stables : la transformation chimique est plus lente, l'action pharmacologique plus longue

Etant donné les accidents toxiques généraux dont se plaignent les auteurs, on comprend l'intérêt qu'il y a à réduire au maximum la quantité de plomb utilisée; on y parviendra en cherchant à ce que le colloïde employé se dépose totalement ou à peu près au sein de la tumeur.

Dans l'association saturno- et radio-thérapie, l'action principale doit être attribuée aux rayons X.

André Guibal.

ANNALI DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

(*Milan*)

G. Grossi (Milan). ***L'administration de l'extrait thyroïdien dans le traitement de l'éclampsie et des albuminuries graves*** (*Annali di Ostetricia e Ginecologia*, tome LI, nº 8, Août 1929). — G. met en relief l'hyperfonctionnement du corps thyroïde au cours de la grossesse, et souligne les connexions qui unissent l'hyperthyroïdisme et la primiparité : l'insuffisance glandulaire, jusque-là latente, est révélée par la première grossesse.

Il se défend de vouloir attribuer à l'éclampsie une cause unique et reconnaît la multiplicité d'origine des toxines en cause. Mais il estime qu'un certain nombre d'albuminuries gravidiques sont causées par l'hypothyroïdisme et se manifestent généralement dès la première grossesse, tout en pouvant se répéter dans les gravidités ultérieures.

L'administration de produits thyroïdiens est donc indiquée dans ces cas, mais doit être tentée aussi dans les albuminuries relevant d'une autre cause; l'action de cette thérapeutique, en effet, serait toujours favorable par le mécanisme suivant : action sur le régime vaso-moteur, amélioration de la vascularisation rénale, influence heureuse sur la diurèse.

André Guibal

IL POLICLINICO [*Sezione chirurgica*]

(*Rome*)

S. Diez (Rome). ***Recherches sur l'influence du facteur professionnel dans la pathogénie des varices*** (*Il Policlinico* tome XXXVI [*Sezione chirurgica*], nº 8, 15 Aout 1929). — Les recherches pratiquées par l'auteur sur 1986 sujets de 20 à 60 ans, s'acquittant des besognes les plus diverses, ont montré qu'il n'existe pas une prédominance de variqueux dans les professions qui créent, à la circulation du sang veineux

dans les membres inférieurs, des obstacles déterminant les conditions les plus favorables à la stase sanguine.

La genèse des varices doit être recherchée dans des facteurs constitutionnels, congénitaux ou acquis, anatomiques et fonctionnels, plutôt que dans les conditions défavorables créées, par certaines professions, à la circulation veineuse des extrémités. Toutefois, ces professions, et surtout les professions sédentaires, peuvent déterminer une aggravation de la maladie, déjà établie par l'action des facteurs pathogéniques constitutionnels invoqués.

En conséquence, les varices ne peuvent pas être considérées comme une maladie professionnelle; mais on peut dire qu'il y a des professions incompatibles avec l'état variqueux. André Guibal.

BRUNS' BEITRÄGE zur KLINISCHEN CHIRURGIE
(Berlin, Vienne)

Heile. ***Du drainage permanent du liquide céphalo-rachidien en cas d'hydrocéphalie avec tolérance des implants*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CXLV, n° 1, 1928). — La thérapeutique de l'hydrocéphalie est très incomplète, étant donné l'ignorance étiologique dans laquelle on se trouve encore à l'heure actuelle. On admet que l'hypersécrétion du liquide est due aux plexus choroïdes, mais aussi à l'épendyme des ventricules et des espaces sous-arachnoïdiens; en pratique, on agit comme si le liquide se formait dans les ventricules et l'ablation des plexus choroïdes n'a donné que de très rares résultats. La méthode de Payr, qui améliore la coudure et l'étranglement des vaisseaux en sectionnant la faux, n'a pas donné de résultats plus constants. L'injection de solutions hypertoniques et les extraits thyroïdiens diminueraient, pour certains, la sécrétion du liquide céphalo-rachidien. Le procédé le plus simple est la ponction; l'auteur l'a appliquée plusieurs fois en combinant ponction ventriculaire et ponction lombaire; il a retiré de 200 à 300 cmc. de liquide, ce qui a provoqué parfois une réaction méningée aseptique, et les ponctions répétées ralentissent peut-être la production du liquide. L'irradiation des plexus choroïdes est la seule méthode qui donne de bons résultats, mais encore sont-ils insuffisants.

Comme il est actuellement impossible de supprimer l'hypersécrétion du liquide, il n'y a qu'une thérapeutique logique : c'est de ménager la possibilité d'écoulement du liquide. Les méthodes sont nombreuses. Mikulicz utilise les drains métalliques allant du ventricule au tissu cellulaire sous-cutané; Henlé, une veine transplantée allant du ventricule à la jugulaire; Payr a proposé la réunion avec le sinus longitudinal; Braman conduit le liquide du ventricule dans l'espace sous-dural; mais le liquide céphalo-rachidien a toujours provoqué une certaine irritation, avec rétraction fibreuse et obstruction du canal. L'écoulement à l'extérieur est impossible à cause du danger de l'infection; il faut donc ménager l'écoulement dans une cavité séreuse ou dans un organe sécréteur recouvert d'épithélium (uretère). Il faut, auparavant, se rendre compte par les moyens habituels (injection d'air, de lipiodol, d'indigo-carmin) si l'hydrocéphalie est ou non communicante, et, dans ce cas, on n'a pas le droit de priver le malade du bénéfice de l'opération. H. rapporte un cas dans lequel le liquide a été conduit dans la plèvre; d'autres dans lesquels il a été conduit dans la cavité abdominale, trois fois, à l'aide d'une mèche de soie, une fois avec une veine, cinq fois avec des drains de caoutchouc. Dans tous ces cas, il s'agissait de nourrissons atteints de *spina bifida* avec hydrocéphalie. A ce propos, l'auteur insiste sur le danger qu'il peut y avoir à réséquer le sac en cas de *spina bifida*, car la hernie doit être considérée comme un processus de guérison spontanée d'une hydrocéphalie passée parfois inaperçue. Pour établir ce drainage abdominal, on emploie la voie para-vertébrale, on pratique une laminectomie sur plusieurs vertèbres et on passe le drain sous les muscles du dos, puis dans la cavité péritonéale, à travers l'espace de J.-L. Petit. H. n'a perdu qu'un seul opéré, chez lequel la brèche dure-mérienne avait été faite trop largement. Malheureusement, au bout d'un certain temps, l'orifice du drain se bouchait et le bénéfice de l'intervention ne se maintenait pas; c'est alors que H. a eu l'idée d'utiliser un canal excréteur recouvert d'épithélium : l'*uretère*, ce qui oblige malheureusement à sacrifier un rein. Il faut donc auparavant se rendre compte de la valeur du rein opposé; de plus, il peut toujours exister une infection ascendante à point de départ vésical. Après expérimentation sur des chiens, l'auteur a appliqué son procédé à l'homme et a ainsi opéré 4 enfants; un seul est mort des suites d'un pneumothorax lors de la résection de la douzième côte, et cette méthode paraît actuellement être le procédé de choix dans le traitement de l'hydrocéphalie communicante.

En cas d'hydrocéphalie oblitérée, on peut parfois tenter une thérapeutique étiologique quand l'obstacle est au niveau du trou de Magendie, à l'entrée de l'acqueduc de Sylvius ou même au niveau du troisième ventricule; on a pu, dans ces cas, aller parfois enlever l'obstacle. En conclusion, en cas d'hydrocéphalie communicante, l'anastomose urétéro-dure-mérienne permet une décompression permanente; en cas d'hydrocéphalie oblitérée, on peut parfois aller enlever l'obstacle; pour diminuer la sécrétion du liquide céphalo-rachidien, on utilisera les ponctions répétées, l'irradiation des plexus choroïdes et de la voûte cranienne. On peut ainsi transformer une hydrocéphalie progressive en hydrocéphalie stable; enfin, certains cas d'épilepsie avec hydrocéphalie peuvent être améliorés par l'irradiation.

J. Sénèque.

Schmidt. ***Valeur des signes classiques de tumeur rénale pour le diagnostic précoce*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CXLV, n° 1, 1928). — L'auteur a eu l'occasion de voir à l'hôpital 71 cas de tumeur dont 23 incomplètement examinés; sur les 48 cas qui restent, il s'agissait 3 fois de tumeur bénigne et 45 fois de tumeur maligne. Parmi les tumeurs bénignes, il s'agissait d'un adénome papillaire (1), d'un adénome kystique papillaire (1), d'un papillome du bassinet (1). Parmi les tumeurs malignes : 29 hypernéphromes, 6 carcinomes, 1 carcinome du bassinet, 5 tumeurs mixtes chez des enfants, et enfin 5 sarcomes.

48 pour 100 étaient des malades âgés entre 50 et 60 ans.

En ce qui concerne les hypernéphromes, la douleur comme seul symptôme a été rencontrée dans 2 cas, alors que l'hématurie ou la tumeur seules n'ont jamais été observées; hématurie + tumeur = 9 fois; douleur + tumeur = 4 fois.

Dans les 6 cas de carcinome, il n'y a jamais eu de symptomatologie unique; on a observé : hématurie avec tumeur, 1 fois; douleur et tumeur, 2 fois; douleur, hématurie et tumeur, 3 fois.

Sur 4 cas de sarcomes : douleur et hématurie, 2 fois; douleur et tumeur, 2 fois.

Le cas de carcinome du bassinet ne s'est traduit que par une hématurie persistante et isolée depuis 3 mois.

Sur 5 cas de tumeur mixte chez les enfants, dans 3 cas il n'y avait qu'une tumeur seule; dans 2 cas, l'hématurie était associée à la tumeur.

Le nombre des symptômes et le temps depuis lequel on les observe ne permettent pas de faire un pronostic de survie, ni de prévoir la propagation locale ou les métastases. Ainsi, sur les 3 cas d'hypernéphromes avec un seul symptôme, 2 présentaient déjà souvent un pronostic meilleur que des tumeurs récemment découvertes et immédiatement opérées; il est remarquable que ni la thrombose de la veine rénale, ni l'englobement partiel de la veine cave inférieure n'impliquent obligatoirement un pronostic fatal.

Les carcinomes sont les tumeurs les plus malignes; après une symptomatologie de 2 mois, la capsule rénale est déjà effondrée; aucun malade n'a survécu plus d'un an. De même, les sarcomes effondrent très vite la capsule, et, dans ces cas également, la survie ne dépasse pas un an. Les tumeurs mixtes chez les enfants n'excluent pas, au contraire, une longue survie. Pour arriver à un diagnostic précoce, il faudrait, dans tous les cas de douleurs lombaires vagues, dans les cas de coliques passagères, de gastralgies non expliquées, pratiquer toujours un examen rénal complet.

L'auteur a trouvé du sang dans les urines au microscope dans 18 pour 100 des cas; des cellules néoplasiques dans les urines dans 4 pour 100 des cas; du sang à l'orifice urétéral au cours de la cystoscopie dans 29 pour 100 des cas; il conseille, après bien entendu étude de la valeur fonctionnelle des reins, de recourir également à l'étude de la radiographie avec injection d'air dans la loge rénale, et, si cela est nécessaire, de faire des pyélographies en série; cela a permis, dans 10 cas, de faire le diagnostic.

Le diagnostic de la variété de tumeur est très difficile. Les hypernéphromes sont les tumeurs les plus fréquentes : de 60 à 80 pour 100; elles présentent souvent des douleurs pendant des années avant l'apparition de la tumeur; elles se localisent de préférence aux pôles du rein. En cas de carcinome, la radiographie montre un rein peu augmenté de volume, mais avec des irrégularités de contour et la lithiase semble, pour l'auteur, être fréquemment associée.

En cas de doute, on n'hésitera pas à pratiquer une lombotomie exploratrice; s'il s'agit d'une tumeur qui paraît opérable, on passera par la voie lombaire; si la tumeur paraît, au contraire, inopérable, on emploiera la voie antérieure transpéritonéale pour permettre une exploration plus complète.

J. Sénèque.

Schum. ***La symptomatologie de la gangrène juvénile*** (*Bruns'Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CXLVI, n° 1, 1929). — S. élimine d'abord les gangrènes de causes bien connues. Ainsi, l'endartérite syphilitique qui semble être assez fréquente au niveau des membres dans les pays d'Extrême-Orient; l'artério-sclérose avec ses deux formes de sclérose athéromateuse : avec hypertrophie de l'intima et calcification de la media, et avec lésion secondaire de l'intima. On ne peut parler de gangrène sénile que dans les cas où existe une calcification vraie. Les gangrènes diabétiques sont également, pour l'auteur, bien différentes de la gangrène sénile; elles présentent de petits foyers disséminés irrégulièrement dans la musculeuse, et un processus inflammatoire avec infiltration cellulaire; plus tardivement on trouve une dissociation avec nécrose des fibres élastiques et musculaires et enfin une production de tissu fibreux voisinant avec des foyers de ramollissement. Quand on constate ces lésions chez un vieillard diabétique, on n'a pas le droit de parler de gangrène sénile chez un diabétique, car ce n'est que l'étude anatomo-pathologique qui permet de ranger les cas de gangrène dans l'une ou l'autre catégorie.

S. a observé, en 4 ans, 7 cas de gangrène juvénile à l'hôpital des gardiens de la paix de Berlin. Il semble que ces cas augmentent de fréquence et que de très nombreux restent au stade de claudication intermittente sans gangrène. Il publie les observations suivantes :

1° Homme de 27 ans; pas d'antécédents spécifiques, peu fumeur. Depuis plusieurs années, claudication intermittente du membre inférieur gauche; après une blessure accidentelle du pied gauche, survient une gangrène qui nécessite l'amputation de la jambe. L'examen anatomo-pathologique a montré que la lumière des artères tibiales antérieure et postérieure était complètement obstruée; à certains endroits, existaient des vaisseaux néoformés canalisant à nouveau l'artère oblitérée; on ne retrouve que de place en place la tunique élastique interne; la tunique moyenne est également très modifiée et traversée par de nombreux capillaires; l'adventice présente les mêmes lésions; les veines offrent enfin une image anatomo-pathologique absolument superposable.

Les mêmes phénomènes sont survenus quelques


Maladies infectieuses des voies urinaires
URICLARINE
(Comprimés)
Antiseptique entéro-rénal et biliaire
PYÉLITES
COLIBACILLURIE
CYSTITES
GONORRHÉE
LABORATOIRES Pierre BRISSON et Cie
114, Avenue Michelet - St OUEN


La Vulcase
Comprimés laxatifs-dépuratifs
au Soufre organique assimilable
Dermatoses - Arthritisme
Affections du Foie et de l'Intestin
Constipation
VULCASE
DÉPURATIF
114, Avenue Michelet
St OUEN-PARIS

années plus tard sur la jambe droite, nécessitant également l'amputation de ce côté.

2° Homme de 38 ans, syphilitique. Pendant plusieurs années crises douloureuses rares, puis claudication intermittente droite et gangrène des 4ᵉ et 5ᵉ orteils. Sympathicectomie sans résultat; après quelques jours. on fait une amputation de cuisse au tiers moyen.

Examen de la pièce : les grosses artères sont presque complètement oblitérées par du tissu de granulation; à certains endroits recanalisation par des vaisseaux néoformés; en certains points on trouve des restes de la tunique interne et de la couche élastique interne. Les lésions sont très variables sur les différentes coupes : sur certaines l'artère principale est presque indemne et la veine thrombosée, les petites artères complètement oblitérées.

3° Homme de 40 ans, ni spécifique, ni éthylique. Début par des crampes dans la jambe gauche, puis claudication intermittente. On tente d'abord une sympathicectomie périfémorale, mais la fémorale, très dure, se casse en deux, sans laisser sourdre une goutte de sang; 15 jours après, amputation, de jambe pour gangrène des 4ᵉ et 5ᵉ orteils gauches; gangrène du moignon; amputation de cuisse : mort. Mêmes lésions anatomiques que dans les cas précédents.

4° Homme de 38 ans, grand fumeur et alcoolique. En 1920, cet homme fait une chute de cheval, sa jambe gauche se trouvant prise sous le corps de l'anima. Depuis, claudication intermittente progressive et, en 1928, gangrène de 3 orteils sur le pied gauche. La sympathectomie donne pendant 8 jours un résultat qui paraît devoir être magnifique, puis les lésions reprennent leur évolution et il faut amputer la jambe. Dans ce cas, les veines étaient moins touchées que d'habitude.

Dans tous ces cas la réaction de Wassermann a été négative; il n'y avait aucune affection du système nerveux; la tension artérielle était normale sauf pour le malade de l'observation 3 où elle était plus élevée que normalement. Dans les 4 cas on ne trouvait pas le pouls à la pédieuse, ni à la poplitée; la radiographie n'a jamais montré de calcification artérielle. La maladie a évolué en un laps de temps variable entre 6 mois à 7 ans; elle évolue avec des améliorations passagères et poussées; les douleurs sont parfois telles qu'elles conduisent à l'amputation, même avant l'apparition de la gangrène. Les poussées évolutives montrent bien l'influence du spasme surajouté. La localisation ne se fait pas seulement aux extrémités; on a pu observer des lésions sur la face dorsale du pied et dans les plis interdigitaux.

L'auteur a observé un cas avec l'image d'une gangrène diabétique, cas ancien et dont il ne donne pas l'observation. Parmi les 4 cas exposés, la lésion est celle d'une thrombo-artérite oblitérante; mais ce terme est incomplet, car il ne précise pas qu'il existe également des lésions de la tunique moyenne et de l'adventice; il faudrait dire *panangitis thrombotica*; l'infiltration leucocytaire montre bien l'origne inflammatoire de cette panartérite.

L'existence de foyers inflammatoires dans la musculeuse est suffisante pour expliquer la contracture des vaisseaux; le spasme a donc un substratum physique; ultérieurement l'intima s'hypertrophie et diminue la lumière vasculaire, d'où ischémie persistante, et la gangrène vraie est déclenchée par une thrombose surajoutée; cette thrombose peut parfois remonter très haut et, dans un cas de l'auteur, elle remontait jusqu'au niveau de l'extrémité supérieure de la fémorale. Il insiste enfin sur les lésions veineuses. En ce qui concerne l'étiologie de cette affection, il ne rapporte rien qui ne soit connu; il fait part des diverses pathogénies : infectieuse, toxique, adrénalinique.

Le traitement sera d'abord médical : on utilisera les médicaments vaso-dilatateurs tels que le nitrite d'amyle; on tentera de provoquer l'hyperémie veineuse par un garrot peu serré; la sympathectomie mérite tout de même d'être tentée; la ligature veineuse proposée par Oppel est généralement sans effet. L'amputation reste la seule ressource; l'auteur la recommande économique; l'amputation de jambe suffit, en général, et est bien supportée par les malades (faisons remarquer en passant qu'en France on est encore plus économique et que l'on commence d'abord par des amputations d'orteils).

J. Sénèque.

Yoshio Osawa. *De l'origine de la polymyosite purulente aiguë au Japon* (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CXLVII, n° 1, 1929). — La polymyosite purulente aiguë est une des affections chirurgicales les plus fréquentes au Japon. Elle se manifeste au début par des frissons, de l'inappétence, fatigue, céphalées et algies musculaires. A la période d'état, on voit survenir une induration douloureuse d'un ou de plusieurs muscles avec tuméfaction, peau chaude, mais souple et sans rougeur. La lésion évolue vers la suppuration et, si l'on tarde à intervenir, la pyohémie est fréquente. O. a eu l'occasion d'en observer 150 cas en 7 ans. On admet que le muscle résiste, en général, bien à l'infection; dès lors, on peut se demander pourquoi ces suppurations sont si fréquentes au Japon. Wayahama, en injectant au cobaye une émulsion musculaire du lapin, a produit dans le sérum de cet animal une toxine qui lése expérimentalement les muscles du lapin. O. a préparé des auto- et hétéro-toxines et ses expériences lui ont montré que ces toxines produisent une moindre résistance du muscle à l'infection par le staphylocoque doré. Il a donc considéré que l'écrasement musculaire ou la simple fatigue musculaire créent des conditions favorables à l'éclosion de la polymyosite purulente. O. a contrôlé ces expériences et n'a pu les confirmer; par contre, il a été frappé par le fait que le béri-béri, si fréquent au Japon, produit certaines dégénérescences musculaires et il a cherché une preuve expérimentale des relations entre le béri-béri et l'affection étudiée.

Ces expériences, très nombreuses, ont porté sur le lapin et le pigeon. On a donné à un premier groupe une nourriture normale pour servir de contrôle, à un deuxième du riz décortiqué sans vitamine B, à un troisième du riz normal avec vitamine B, et à un quatrième, enfin, un régime de faim pour établir un parallèle avec la perte de poids des animaux nourris avec du riz décortiqué. Après une période plus ou moins longue, on a injecté dans la veine de l'oreille du lapin et dans la veine de l'aile du pigeon une culture plus ou moins diluée de staphylocoques dorés; les animaux ont été sacrifiés après 2 jours et on a compté le nombre total des petits abcès qui se sont formés dans les muscles de l'animal. Les lapins nourris avec du riz décortiqué ont présenté le plus grand nombre d'abcès et cela avec la solution la plus faible; avec du riz non décortiqué, les résultats sont à peu près les mêmes qu'avec le régime alimentaire restreint. Chez les pigeons avec nourriture normale, il fallait 1/20 de culture de staphylocoques et avec les pigeons soumis au riz décortiqué il suffit de 1/320.

Ces expériences semblent donc concluantes : la nourriture sans vitamine B favorise les abcès musculaires et il ne s'agit pas d'une moindre résistance de l'organisme relevant de l'amaigrissement.

En 10 mois, O. a observé 30 cas de polymyosite purulente aiguë dont 23 hommes et 7 femmes; 40 pour 100 des cas ont été observés entre 20 et 30 ans; les 2/3 des cas en 4 mois, de Mai à Août; dans 24 cas la localisation était unique et portait sur n'importe quel muscle. Dans 50 pour 100 des cas, on a trouvé la porte d'entrée du staphylocoque et, dans tous les cas, c'est le staphylocoque qui était en cause; dans 1 cas il y a eu un traumatisme net dans les antécédents, dans 2 autres cas une fatigue musculaire prononcée. Dans tous les cas, O. a recherché les signes de béri-béri; ce sont des troubles de la sensibilité, une exagération ou une diminution des réflexes patellaires, des douleurs dans le mollet et des troubles circulatoires consistant dans une accentuation du deuxième bruit. Dans 21 cas, il a trouvé une accentuation de ce deuxième bruit, 22 fois une exagération des réflexes patellaires et 3 fois une diminution, 15 fois des troubles douloureux dans le mollet et 5 fois des troubles de la sensibilité. En conclusion, dans 43 pour 100 des cas, le tableau du béri-béri était évident et avait été diagnostiqué par le médecin traitant; la clinique confirme l'expérimentation : l'avitamiuose est la cause étiologique de la polymyosite purulente aiguë.

J. Sénèque.

Finsterer. *Des rapports entre l'étendue de la résection et la guérison définitive des ulcères* (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. CXLVII, n° 1, 1929). — Les opinions sur le traitement de choix des ulcères sont partagées : les uns ne pratiquent que la gastro-entérostomie tant pour les ulcères gastriques que pour les ulcères duodénaux; d'autres pratiquent la résection pour les ulcères gastriques à cause du danger de transformation maligne. Il faut noter que les récidives deviennent de plus en plus fréquentes (ulcus peptique après Billroth II ou ulcus duodénal après Billroth I). Sur 103 cas d'ulcères peptiques opérés par l'auteur, 31 cas sont survenus après une gastrectomie. L'auteur défend depuis 10 ans l'idée que, pour éviter la récidive de l'ulcus, il faut supprimer toute la partie de l'estomac qui sécrète l'acide chlorhydrique; la résection de l'antre est insuffisante; même en cas d'ulcus duodénal, il faut réséquer la moitié ou les deux tiers de l'estomac. L'auteur reconnaît que ses idées sont loin d'être acceptées sans réserves, mais il maintient son point de vue, et affirme que quand l'estomac est dilaté, il faut faire remonter la résection sur la petite courbure jusqu'au point d'arrivée de l'artère coronaire stomachique. F. a observé un cas d'ulcère peptique après résection des deux tiers de l'estomac et en réintervenant il a dû réséquer 10 cm. le long de la petite courbure pour arriver au point de section habituel. Il ne faut pas laisser en place plus d'un tiers d'un estomac de *dimensions normales*, et en opérant ainsi F. n'a plus observé d'ulcère peptique.

L'ulcère peptique est plus fréquent dans la résection pour exclusion avec conservation du pylore. En cas de résection suivie d'anastomose termino-latérale, le contenu gastrique est immédiatement neutralisé par le contenu alcalin de l'intestin; par contre, après le Billroth I, une portion duodénale est baignée par du liquide acide. F. considère comme une faute opératoire d'établir en plus une jéjuno-duodénostomie, car on dérive le flux alcalin et le liquide acide arrive au contact du grêle; pour la même raison, la gastro-entérostomie anté-colique avec jéjuno-jéjunostomie complémentaire est un mauvais procédé; de même l'anastomose en Y n'est admissible que lorsque le liquide gastrique est réellement anacide.

Les troubles de petit estomac disparaissent en quelques mois; l'anse anastomosée se dilate et devient parfois grosse comme le bras. F. n'a jamais observé de diarrhée persistante, ni de troubles d'anémie pernicieuse comme les auteurs anglais et américains l'ont signalé.

J. Sénèque.

Kerschner. *De la nécrose aiguë du pancréas.* (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. CXLVII, n° 1, 1929). — Depuis 1910, il a été observé à la clinique 41 cas de pancréatite aiguë hémorragique alors que de 1914 à 1920 on n'en a pas observé un seul cas; d'après K. cela résulterait du régime alimentaire restreint pendant la guerre. En effet, sur 41 malades, 34 sont obèses et gros mangeurs, et la pancréatite débute généralement après un bon repas lors de la chasse biliaire et pancréatique. Dans 68 pour 100 des cas il s'agit de femmes, car la lithiase est surtout fréquente dans le sexe féminin et, dans tous les cas vérifiés, on a trouvé des lésions de lithiase biliaire. Sur 100 cas de lithiase, on rencontre des lésions de pancréatite dans 6 cas.

Bergmann considère que la cholécystectomie pour lithiase favorise l'éclosion d'une pancréatite ultérieure en supprimant le réservoir de sûreté. K. en a observé 2 cas, mais ils sont très probablement dus à des calculs passés inaperçus, ou développés secondairement dans le cholédoque. K. a examiné bactériologiquement le tissu nécrosé et n'a trouvé qu'une seule fois des cocci. Il admet qu'une bile septique active peut être plus facilement le suc pancréatique. Dans les antécédents des malades, on retrouve presque toujours des crises antérieures de lithiase; la douleur siège d'ordinaire à droite, mais parfois à gauche

ou dans la région précordiale. La glycémie, les diastases urinaires et sanguines sont presque toujours augmentées, mais en pratique on opère d'urgence et sans diagnostic ferme. Sur 41 cas le diagnostic de pancréatite aiguë a été posé 17 fois ; 8 fois celui de cholécystite ; 8 fois celui d'iléus ; 5 fois celui de perforation d'ulcus, et 5 fois celui de péritonite d'origine indéterminée. Les résultats de l'intervention varient suivant le stade évolutif. 4 cas d'œdème sans nécrose ont donné 75 pour 100 de guérisons ; 3 cas d'œdème avec nécrose, 100 p. 100 de guérisons ; 27 cas d'hémorragie avec nécrose, 15 pour 100 de guérisons ; 7 cas de foyers de ramollissement avec séquestration, 28 pour 100 de guérisons.

La technique a consisté en incision et drainage. Sur les voies biliaires on a pratiqué soit des cholécystectomies simples, soit des cholécystectomies suivies de drainage de l'hépatique. Dans les cas très graves, on a eu recours à la simple cholécystostomie. Contrairement aux chirurgiens qui temporisent, K. réclame l'intervention d'urgence et considère même qu'il faut intervenir tout de suite dans tous les cas de coliques hépatiques très violentes. Il cite les observations suivantes :

1° Homme de 37 ans, ayant déjà présenté il y a 5 ans une crise de colique hépatique ; depuis 24 heures, nouvelle colique ; pouls et température normaux, mais douleur violente sur la vésicule. Intervention d'urgence : la vésicule est tendue et contient des calculs, mais, de plus, il existe des lésions de pancréatite hémorragique avec nécrose que rien ne faisait soupçonner ; drainage de la région pancréatique et cholécystectomie. Guérison.

2° Femme de 33 ans avec antécédents lithiasiques ; colique simple depuis 14 heures ; à l'intervention, on trouve une nécrose pancréatique considérable ; cholécystectomie avec drainage du cholédoque et tamponnement pancréatique ; guérison.

Doberauer est également interventionniste, quoique l'opération ne puisse pas empêcher la nécrose d'évoluer, mais l'intervention d'urgence est indiquée d'une part à cause des erreurs de diagnostic toujours possibles ; d'autre part, il semble bien que l'opération diminue l'état de shock dans lequel se trouvent les malades ; on voit des malades presque sans pouls au début de l'intervention et qui sont nettement améliorés quand le tamponnement a été établi. J. Sénèque.

Walzel. *Diagnostic et traitement de la pancréatite aiguë* (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CXLVII, n° 1, 1929). — En 2 ans W. a eu l'occasion d'observer 465 cas de cholécystite et 40 cas de pancréatite, sur lesquels 31 ont été opérés : 2 seulement ne présentaient pas de lithiase concomitante ; c'est donc dire la très grande fréquence de la lithiase ; même dans les cas où l'on ne trouve pas de gros calculs, la vésicule contient de petites concrétions rondes qui sont parfaitement suffisantes pour oblitérer temporairement la papille et déclencher une pancréatite hémorragique.

Le diagnostic de cette affection a fait de grands progrès depuis la recherche des diastases dans les urines ou le sérum sanguin. Des publications récentes ont montré que l'augmentation des diastases pouvait manquer dans certains cas ; il s'agit alors d'une nécrose massive et totale du pancréas ; dans ces cas, on trouve une hyperglycémie qui traduit toujours une destruction complète du pancréas. L'épreuve des diastases n'a pas une valeur absolue et on peut la trouver positive dans certains cas de cholécystite aiguë ; de même on ne peut faire un pronostic suivant l'augmentation plus ou moins considérable du nombre des diastases urinaires. Les chiffres les plus élevés ont été constatés dans les pancréatites hémorragiques avec peu de nécrose. Bronner a décrit comme syndrome radiologique un refoulement en haut de l'estomac et du transverse, des troubles de la motilité duodénale avec stase dans les 3e et 4e parties du duodénum. En pratique, l'état des malades ne permet que rarement cet examen.

Le traitement, par contre, n'a fait aucun progrès ; c'est toujours le tamponnement suivi de drainage qui est considéré comme la méthode de choix. Malgré des interventions aussi précoces que possible, W. accuse une mortalité de 66 pour 100. Dans 9 cas où le diagnostic était certain et qui n'ont pas été opérés, il y a eu 3 morts ; 2 malades ont fait ensuite des pseudo-kystes du pancréas qui ont été opérés avec succès ; 3 ont été opérés tardivement (3e et 4e semaine) de cholécystectomie et dans tous les cas on a trouvé des traces de stéatonécrose ancienne. Les résultats de l'intervention tardive semblent donc être très favorables.

W. s'élève contre la statistique de Schmieden qui indique 76 pour 100 de guérisons dans les cas opérés précocement. Schmieden a obtenu ces beaux résultats, non pas pour des cas de pancréatite hémorragique avec stéatonécrose et hémorragie, mais simplement pour des cas dans lesquels existait de l'œdème du pancréas. Or W. admet que l'œdème se rencontre souvent au cours des cholécystites aiguës et cet œdème ne peut être considéré comme un stade initial de la pancréatite hémorragique. Polya est un peu du même avis, et il considère que, dans les cas de pancréatite hémorragique avec un état général bien conservé, il vaut mieux temporiser : les malades peuvent guérir spontanément et il est préférable de les opérer au stade de collection enkystée.

W. n'admet que 2 indications à l'intervention d'urgence : quand le diagnostic est incertain et qu'il peut s'agir d'une péritonite au lieu d'une pancréatite aiguë ; ensuite quand les douleurs sont intolérables et non calmées par la morphine.

Dans ces cas, quand on intervient, il considère qu'il faut toujours enlever la vésicule (ce qui est peut-être abusif), et, quand l'état général le permet, faire en plus un drainage du canal cholédoque.

Il est utile de paralyser les ferments pancréatiques par de grands lavages intestinaux avec une solution de quinine au 1/1.000e.

En conclusion, W. s'oppose nettement à l'intervention d'urgence faite par principe.

J. Sénèque.

VIRCHOW'S ARCHIV für PATHOLOGISCHE ANATOMIE und PHYSIOLOGIE und für KLINISCHE MEDIZIN (Berlin)

Terplan et M. Mittelbach. — *Contribution à l'étude de la lymphogranulomatose et d'autres granulomatoses particulières et généralisées des ganglions lymphatiques* (*Virchow's Archiv*, t. CCLXXI, fasc. 3, Mars 1929). — Le travail est basé sur l'examen systématique de 29 cas de lymphogranulomatose autopsiés ; les résultats obtenus sont les suivants :

D'une façon générale, les formes chroniques s'observent plutôt chez les sujets jeunes alors que les formes à évolution rapide ont été observées surtout chez des adultes, entre 50 et 70 ans.

En ce qui concerne la topographie des lésions, on peut distinguer 21 cas généralisés, 2 cas mésentériques, 2 cas médiastinaux, 2 cas intestinaux et 1 cas à localisation para-aortique.

En ce qui concerne la porte d'entrée, les formes intestinales donnent peut-être les renseignements les plus intéressants. Dans ces cas, la tuméfaction des ganglions est précédée de troubles gastro-intestinaux qui permettent de penser à une infection par voie entérale. Ces mêmes manifestations gastro-intestinales ont été notées dans d'autres cas avec localisation mésentérique, périgastrique, et para-aortique. Parmi les 5 cas médiastinaux, 3 ont présenté au début de la maladie des signes d'une infection aiguë des voies respiratoires qu'on pourrait interpréter comme la première manifestation de l'infection La coexistence de lympho-granulomatose et de tuberculose fut notée 1 fois sur 6.

D'après les images histologiques, les auteurs distinguent les catégories suivantes :

1° Les cas typiques, présentant les images classiques du lymphogranulome décrit par Paltauf et Sternberg ;

2° Les formes fibreuses, dans lesquelles le diagnostic de lymphogranulome est parfois très difficile ;

3° Les formes tumorales, avec prolifération étendue d'un type cellulaire et production d'images qui ressemblent à certaines tumeurs malignes des ganglions lymphatiques ;

4° Les formes fibreuses avec abondance de plasmocytes. Enfin, les auteurs analysent encore des aspects plus rares, caractérisés par une prolifération des cellules réticulaires, des cellules endothéliales ou par des manifestations inflammatoires aiguës.

Dans l'histogenèse des lésions, on note, au début, une prolifération des cellules réticulaires qui donnent parfois naissance à des nodules bien délimités ; certaines images plaident même en faveur d'une origine réticulaire des plasmocytes.

Le bacille de Koch ne peut pas être considéré comme l'agent de la lymphogranulomatose. T. et M. voient dans la lymphogranulomatose une affection infectieuse spécifique, mais tout ce que nous ont montré jusqu'à présent la clinique et l'histologie plaide contre le rôle du bacille de Koch ou d'un microbe apparenté comme agent pathogène de cette maladie. Ch. Oberling.

A. Abrikossoff. *A propos des mycoses spléniques et des splénomégalies mycosiques* (*Virchow's Archiv*, tome CCLXXII, fasc. 3, Juin 1929). — A. rappelle qu'en 1928, il avait conclu, à l'appui des travaux de Nanta et Pinoy, à l'existence d'une splénomégalie aspergillaire. Les recherches qu'il a entreprises depuis l'ont amené à modifier l'opinion qu'il avait émise à ce sujet.

A. avoue que certains filaments segmentés que l'on peut mettre en évidence dans les foyers sidéro-fibreux de la rate ressemblent de très près à du mycélium aspergillaire, tel qu'il l'a observé dans des ulcères de l'estomac et dans des affections pulmonaires. Mais il y a deux faits qui, à son avis, infirment la nature mycélienne des filaments spléniques : l'absence de ramifications indiscutables et l'imprégnation ferrugineuse. A. n'a jamais pu constater ce dernier phénomène au niveau des filaments aspergillaires authentiques.

Il conclut que les filaments solides ou creux, de même que les corpuscules stratifiés que l'on trouve dans les foyers spléniques, représentent des débris tissulaires imprégnés par des pigments hémoglobinogènes.

Pourtant, il semble démontré que certaines variétés aspergillaires peuvent persister pendant un temps prolongé dans la rate (Askanazy, expériences de Kritsch), et l'on pourrait, dès lors, supposer que le mycélium, lui aussi, puisse s'imprégner de pigments et de chaux et donner naissance à ces éléments qui ont été interprétés comme des champignons.

A. signale cette possibilité, mais insiste sur le fait que la preuve n'en a pas été fournie jusqu'à présent ; l'existence d'une splénomégalie mycosique resterait entièrement à démontrer.

Ch. Oberling.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Glaubersohn et Willfand. *Recherches sur le zona* (*Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXXI, n° 36, 7 Septembre 1929). — L'étude du liquide céphalo-rachidien chez les zonateux a fait l'objet de travaux encore peu nombreux. Le plus souvent, on a trouvé dans le liquide céphalo-rachidien de la lymphocytose, et parfois une augmentation du taux de l'albumine et du sucre.

G. et W. ont examiné le liquide céphalo-rachidien chez un enfant de 25 semaines atteint de zona scapulo-brachial droit. Le 22 Novembre, alors que les vésicules étaient en partie gonflées, en partie desséchées, l'examen du liquide céphalo-rachidien montra une réaction de Pandy nette : albumine 1 pour 1.000 (due surtout à la présence de sang), leucocytes 2 par

centimètre cube (90 pour 100 de lymphocytes et 10 pour 100 de polynucléaires), pas de microbes.

Le 29 Novembre, alors qu'il existait soit des croûtes, soit des taches pigmentées, la réaction de Pandy fut négative; albumine 0,15 pour 1.000, sucre normal, leucocytes 3 par centimètre cube (90 p. 100 de lymphocytes et 10 pour 100 de polynucléaires).

Le 16 Décembre, l'enfant est bien portant; la réaction de Pandy est négative : albumine 0,33 p. 1.000, sucre normal, leucocytes 1 par centimètre cube (lymphocytes).

Un enfant sain de 7 mois, non vacciné et qui n'avait pas eu la varicelle, placé dans le même box que l'enfant précédent, demeura en parfaite santé.

Cette observation montre le peu de réactions que présentait le liquide céphalo-rachidien de cet enfant très jeune (6 mois) atteint de zona; pour les auteurs l'infection zostérienne pénètre par la peau.

R. Burnier.

ZEITSCHRIFT für HALS-NASEN-und OHRENHEILKUNDE

(Berlin)

M. Zuckermann. *Un cas d'ostéome de la langue* (*Zeitschrift für Hals-Nasen-und Ohrenheilkunde*, tome XXV, fasc. 1, 14 Novembre 1929). — Les ostéomes purs de la langue sont des tumeurs extrêmement rares; jusqu'ici on n'en connaissait que deux cas authentiques: celui de Monsarrat (1913) et celui de Hirsch (1925). Z. en publie aujourd'hui un 3e observé chez une jeune femme de 30 ans, à l'occasion d'une exploration du naso-pharynx consécutive à une intervention pour polypes des fosses nasales. Au cours de cette exploration, la malade signala une sensation de corps étranger au niveau de la base de la langue, sensation qu'elle éprouvait déjà depuis environ un mois. A l'aide du miroir laryngé, on constata la présence d'une tumeur pédiculée, du volume d'un pois, implantée sur la base de la langue, en avant de l'épiglotte et un peu à gauche de la ligne médiane. Cette tumeur fut enlevée à l'anse froide sous anesthésie locale; elle avait une base d'implantation très solide. Le microscope révéla qu'il s'agissait d'un ostéome éburné pur.

J. Dumont.

ACTA CHIRURGICA SCANDINAVICA

(Stockholm)

R. Brandberg (Lund). *Etude expérimentale et clinique sur les modifications du sang dans l'iléus* (*Acta chirurgica scandinavica*, tome LXV, fasc. 5, 13 Novembre 1929). — B. communique les résultats des recherches personnelles qu'il a entreprises pour élucider la question toujours controversée de la cause de la mort dans l'iléus.

Il ressort de ces recherches que, dans l'iléus expérimental par étranglement (chez le chien), la mort est due à une intoxication ayant son point de départ dans le tissu intestinal nécrosé, intoxication parfois associée à de la péritonite. Dans l'iléus par obstruction haut située, sans lésions graves de la paroi du tube digestif, on tend de plus en plus à admettre comme cause de la mort la déperdition de substances minérales et de liquides qui survient par ce fait que les sécrétions déversées dans les parties supérieures du tube digestif ne peuvent être à nouveau résorbées et sont perdues pour l'organisme. Ces pertes déterminent des modifications chimiques du sang consistant surtout en une diminution du chlore par perte de suc gastrique, ainsi qu'en une augmentation de l'azote résiduel due à la perte de liquides. Des expériences effectuées par l'auteur sur une série de lapins lui ont permis de confirmer la théorie ci-dessus d'après laquelle la mort est due, dans les iléus haut situés, à la déperdition de substances minérales et de liquides.

Dans les iléus de l'estomac et de l'intestin grêle, on retrouve chez les animaux d'expériences les modifications précitées du sang et l'on note une perte de quantités considérables de chlore, d'alcalins et de liquides; à l'autopsie, on ne trouve, dans ces cas, en dehors de la distension, aucune lésion intestinale importante. Dans les occlusions du gros intestin, on n'observe aucune modification du sang (en dehors de celles qui sont dues à l'inanition) et il ne se produit aucune déperdition notable de substances minérales ou de liquides; à l'autopsie on note des nécroses par distension au niveau du côlon, ainsi que de la péritonite. Les occlusions siégeant au-dessous de l'embouchure du canal pancréatique paraissent être celles qui déterminent les pertes les plus considérables en chlore et surtout en alcalis fixes et en liquide; il faut certainement voir là l'explication de ce fait, connu depuis longtemps, que ce sont les occlusions siégeant à ce niveau qui conduisent le plus rapidement à l'issue fatale.

L'auteur a cherché, par diverses expériences, à se faire une idée de la part prise par les muqueuses gastrique et duodénale, par le foie et par le pancréas dans les pertes constatées. Il a étudié, dans 36 cas d'iléus chez l'homme, la valeur de l'azote résiduel, et, dans la plupart des cas, la teneur en chlore du sang. Dans 3 cas d'iléus de l'estomac ou du duodénum, dès le premier examen, pratiqué du 3e au 4e jour de la maladie, il a noté une augmentation nette de l'azote résiduel et une diminution du chlore. Dans les occlusions siégeant sur la partie inférieure de l'intestin grêle (13 cas), il a pu, en général, démontrer une augmentation de l'azote résiduel dans les cas où l'occlusion datait de plus de 2 jours. Dans 16 cas de hernie étranglée de l'intestin grêle, il n'a observé ordinairement de l'augmentation nette de l'azote résiduel qu'au bout de 4 jours. Dans l'ensemble des cas d'obstruction de l'intestin grêle, il n'a constaté aucune diminution certaine de la teneur du sang en chlore. Dans les iléus du gros intestin, on n'observe généralement aucune modification du sang, même lorsque l'affection remonte à plusieurs jours. Dans les cas où l'iléus de l'estomac ou de l'intestin grêle date de plusieurs jours, on note parfois des valeurs particulièrement élevées de l'azote résiduel : c'est là un fait important à connaître, des valeurs élevées d'azote résiduel pouvant provoquer une confusion entre un iléus et une affection rénale, confusion d'autant plus naturelle que l'iléus et l'urémie peuvent, dans certaines circonstances, donner un tableau clinique assez semblable.

Il ne semble pas que l'on puisse accorder aux modifications du sang une bien grande valeur comme moyen adjuvant du diagnostic de l'iléus; le plus souvent, en effet, ces modifications font défaut dans les iléus du gros intestin et sont inconstantes et tardives dans les iléus de l'estomac et de l'intestin grêle. De plus, ces modifications du sang ne sont, en aucune façon, pathognomoniques de l'iléus : elles se retrouvent dans d'autres affections lorsque, pour d'autres raisons, l'organisme a perdu des quantités notables de chlore ou de liquide.

Les examens chimiques du sang ont une tout autre signification clinique comme moyen accessoire de contrôler l'évolution post-opératoire des iléus de l'estomac et de l'intestin grêle; les modifications hématologiques en question disparaissent, en effet, lorsque la circulation intestinale se rétablit, tandis qu'elles augmentent si l'obstruction persiste.

En terminant, l'auteur insiste sur ce fait que les examens chimiques du sang donnent une base plus ferme à la méthode des injections sous-cutanées de solution de NaCl dans les cas d'iléus.

J. Dumont.

BOLETIN DEL INSTITUTO DE MEDICINA EXPERIMENTAL

(Buenos Aires)

Correa. *La réaction de Roffo dans le cancer* (*Boletin del Instituto de Medicina experimental*, tome IV, nº 20, Décembre 1928). — La réaction de Roffo est, comme on le sait, la réaction au rouge neutre. Sa technique est fort simple. Il suffit d'ajouter au sérum sanguin à examiner (1 cmc) V gouttes d'une solution de rouge neutre Grubler au 1/1000e : tandis que le sérum normal prend une teinte jaunâtre, le sérum cancéreux se colore en un rouge franc. Assurément la valeur de cette réaction varie suivant la nature et le siège de la néoplasie, mais elle se montre nettement supérieure aux réactions du même genre, en particulier à la réaction de Botelho (avec ses deux techniques), en ce sens que son pourcentage de résultats positifs dans des cancers indiscutables est notablement supérieur, et que son pourcentage de résultats négatifs, en dehors du cancer, atteint près de 95 pour 100. La réaction de Roffo est donc la meilleure du genre et offre un maximum de garantie sans avoir une valeur absolue. Sa simplicité, sa facilité d'interprétation clinique représentent encore un avantage incontestable.

Reste la question de l'interprétation physico-chimique. Elle est liée à une augmentation de la quantité du CO^2 mis en liberté, soit en nature, soit à l'état de carbonate, soit en liaison avec des lipoïdes. L'équilibre relatif des sels, des protéines et lipoïdes, des substances tampons dans le sérum joue un rôle incontestable, mais encore difficile à préciser dans ses réactions élémentaires.

M. Nathan.

Roffo et Calcagno. *Le plomb dans le traitement du cancer* (*Boletin del Instituto de Medicina experimental*, tome IV, nº 20, Décembre 1928). — Les auteurs se montrent fort opposés au traitement du cancer par les sels de plomb colloïdaux proposé par Blair Bell.

Tout d'abord la préparation du plomb colloïdal par les méthodes électriques n'offre aucune garantie puisque très rapidement, et dans une proportion impossible à déterminer de prime abord, il se forme de l'hydroxyde de plomb. Par voie chimique, on n'obtient pas de plomb colloïdal, mais des sels de plomb à l'état colloïdal.

L'expérimentation biologique ne s'est pas montrée plus favorable. Les seuls sels de plomb qui aient donné quelques résultats inhibiteurs sur la culture des tissus cancéreux ont été les vanadates et cupro-cyanures; or, dans ces combinaisons, le cuivre et le vanadium semblaient jouer le rôle principal, puisque, lorsque le plomb y était remplacé par le potassium, les effets demeuraient identiques.

En clinique, les auteurs se montrent tout aussi défavorables au plomb puisqu'ils n'ont enregistré aucune amélioration et en revanche des aggravations; et ils n'ont pas été les seuls, ainsi que le démontre la copieuse bibliographie de cet intéressant mémoire. Des autopsies nombreuses auraient même établi que certains malades auraient succombé à une intoxication par le plomb (Institut du Cancer de Londres, en particulier).

M. Nathan.

Roffo et Correa. *Action des rayons X sur la cholestérine* (*Boletin del Instituto de Medicina experimental*, tome IV, nº 20, Décembre 1928). — Contrairement aux conclusions de leurs premières études, R. et C. considèrent que les rayons X détruisent la cholestérine. Ces derniers travaux ont été trop oubliés, notamment par les auteurs allemands qui se sont occupés de la question. Il s'agirait d'une oxydation, comme pour la formation de la vitamine antirachitique, dont le point d'application serait le groupe OH de ladite cholestérine.

Il est encore impossible de préciser la nature de la substance ainsi formée. L'action est-elle due à l'action directe des rayons sur la cholestérine ou sur le solvant de la cholestérine? C'est ce qu'il est encore difficile de déterminer.

On peut se demander le rôle que joue la cholestérine dans l'évolution des tissus normaux, l'influence de sa diminution dans les tumeurs irradiées, l'influence de ce corps sur les résistances de l'organisme lui-même grâce à sa transformation en une vitamine favorable à la croissance. Autant de questions que R. et C. s'efforceront d'aborder dans leurs prochains travaux; mais ce sont là œuvres de longue haleine.

M. Nathan.



TRAITEMENT DU
DIABÈTE
PAR
LES
CAPSULES GLUTINISÉES
DE
PANCRÉPATINE
LALEUF
LITTÉRATURE - ECHANTILLONS
LABORATOIRES LALEUF
20, Rue du Laos — PARIS (XIVe)

REVISTA SUD-AMERICANA
(*Buenos Aires*)

N. Orlandi et G. Guardini. *La structure de la glande pinéale humaine* (*Revista Sud-Americana*, tome XII, n° 7, Juillet 1929). — Il s'agit là d'un travail très considérable et fort intéressant et qui dépasse de beaucoup ce qu'annonce son titre. Il mérite d'être lu et étudié avec la plus grande attention en raison de sa documentation et de son originalité. Toutes les questions relatives à l'épiphyse sont reprises sur des observations et des pièces recueillies dans les meilleures conditions et discutées avec l'esprit critique le plus affiné.

Dans l'état actuel de nos connaissances, disent O. et G., il est impossible, anatomiquement et histologiquement parlant, d'établir une distinction tranchée entre le normal et le pathologique. La glande entre, comme on le sait, en régression progressive dès l'enfance, sans que cette régression soit complète à l'âge adulte et peut-être a-t-on souvent pris pour des aspects pathologiques des figures d'involution, pour ainsi dire, physiologiques.

Ils admettent sous toute réserve que l'épiphyse est un organe nerveux; ses cellules, cellules pinéales proprement dites, représentent des types différenciés du neuroblaste primitif; la névroglie ne constituerait que le stroma et le réseau vasculaire.

Le seul élément pathologique qu'ils signalent, sans en connaitre encore la portée, est la cellule thioninophile ; ces éléments, très abondants chez les jeunes sujets, deviennent fort rares au cours de l'involution physiologique.

Il est encore difficile de déterminer à l'heure actuelle les fonctions de l'épiphyse et tout ce que l'on a écrit sur la question est sujet à révision. On n'a pas encore établi de façon ferme le rôle de l'épiphyse dans les processus d'adiposité, de lipodystrophie, de macrogenitosomia, dans la régulation de la pression du liquide céphalo-rachidien. O. et G. attribuent un rôle plus important à l'hypophyse, à la surrénale, aux glandes génitales. Et encore, dans toutes ces actions, O. et G. seraient tentés d'attribuer une part fort importante, sinon prépondérante, aux centres de l'infundibulum du 3e ventricule et du *tuber cinereum*.

La pinéale représenterait donc un organe en pleine régression, dont l'activité fonctionnelle serait fort réduite; les syndromes dits épiphysaires seraient des syndromes pluriglandulaires et, pour une grande part, infundibulaires. M. NATHAN.

F. Usuelli. *Le taux de la lipémie et le comportement histologique de la lipine au cours de la vagotomie basse bilatérale* (*Revista Sud-Americana*, tome XII, n° 8, Août 1929). — U. avait été frappé de la lipémie consécutive aux résections basses. Il s'est donc proposé de reprendre en série ses expériences sur le chien. Il a pratiqué systématiquement des résections des deux pneumogastriques au niveau de leur pénétration dans le diaphragme. Naturellement tous les animaux étaient soumis à un même régime; leur cholestérinémie et leur lipémie étaient, à plusieurs reprises, déterminées, avant l'intervention, dans des conditions rigoureusemant identiques ; le protocole des expériences est fort précis, comme on pourra s'en rendre compte en lisant dans son entier cet excellent travail.

Le taux de la graisse dans le sang augmentait régulièrement à la suite de chaque expérience à partir du 2e ou 3e jour, pour atteindre son maximum du 10e au 15e jour et demeurer plus élevé que normalement durant plusieurs mois. Cette augmentation portait aussi bien sur les graisses saponifiables que sur les graisses insaponifiables ; toutefois, proportionnellement, l'augmentation était particulièrement sensible sur ces dernières.

Les coupes histologiques des différents organes révélaient une plus grande richesse en graisses, surtout en lipodes. On la retrouvait en abondance dans les deux substances de la surrénale, dans les cellules épithéliales des voies biliaires, dans les tissus intestinaux, dans la région inférieure de l'anse de Henle et dans les *tubuli contorti* du rein, dans les éléments du tissu réticulo-endothélial.

U. se borne à ces constatations, sans autre commentaire; à propos des surrénales, par exemple, il se demande si elles jouent dans ces processus (par leur couche corticale, en particulier) un rôle actif ou passif; mais ce sont là des questions encore insolubles à l'heure actuelle. M. NATHAN.

LA PRENSA MEDICA ARGENTINA
(*Buenos Aires*)

H. D. Gonzales, L. Ontaneda et M. Vidaurreta. *La spondylite typhique* (*La Prensa Medica*, tome XVI, n° 6, 30 Juillet 1929). — Les cas de spondylite typhique sont relativement fort rares malgré l'abondance de leur littérature actuelle. La spondylite publiée par les auteurs est survenue à la convalescence, au cours de la période d'apyrexie; elle a succédé à des arthralgies multiples qui ont rétrocédé sans traitement. Ses symptômes ont été ceux que l'on rencontre dans tous les cas semblables ; son image radiographique était typique : Effacement de plusieurs espaces intervertébraux, contours vertébraux flous, proliférations osseuses. Comme il est à peu près de règle, la maladie a été rapidement influencée par la vaccinothérapie. M. NATHAN.

LA SEMANA MEDICA
(*Buenos Aires*)

P. Escudero. *Etude de la lipémie dans un cas de séborrhée suintante* (*La Semana medica*, tome XXXVI, n° 32, 8 Août 1929). — L'observation que nous apporte le professeur E. est fort intéressante au point de vue didactique; elle montre que, comme le disait encore récemment Lortat-Jacob, cité par E., la dermatologie ne peut être viable que si elle scrute intégralement le métabolisme des sujets. Lortat-Jacob avait étudié à ce propos le métabolisme basal. C'était du reste depuis longtemps une tendance qui faisait honneur à l'école française.

Le malade étudié par E. est un jeune homme de 28 ans, de bonne santé habituelle, qui souffrait d'un eczéma séborrhéique suintant et rebelle à tous les traitements. Fidèle à ses idées, E. fit déterminer le métabolisme basal, qui était augmenté de 15,4. Le métabolisme des hydro-carbones, soigneusement étudié par les méthodes du maitre, se montra normal. La lipémie, en revanche, était notoirement et globalement augmentée aussi bien dans ses acides gras que dans son cholestérol et dans ses lécithines.

Une alimentation riche en hydrates de carbone, relativement pauvre en protéines et en substances grasses, un traitement insulinique arrivèrent aisément à triompher de cette séborrhée.

M. NATHAN.

THE AMERICAN JOURNAL of OBSTETRICS and GYNECOLOGY
(*Saint-Louis*)

Douglas P. Murphy. *Evolution de 625 gestations chez des femmes soumises aux irradiations pelviennes (radium ou rayons X)* (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, tome XVIII, n° 2, Août 1929). — M. expose l'évolution de la gestation chez 625 femmes irradiées (avant ou après la conception), l'histoire de ces femmes provenant soit d'une revue de la littérature, soit des réponses qui ont été faites à un questionnaire adressé par lui à 1.700 gynécologues ou radiologues américains.

Influence sur la durée de gestation : 24 pour 100 d'avortement. Ce taux n'a rien d'excessif, étant donné la fréquence habituelle de l'avortement. Le taux augmente si l'on considère les femmes irradiées pendant la gestation.

Influence sur la santé de l'enfant. Sous le nom d'enfant anormal (*unhealthy*), M. classe tout enfant qui a présenté soit une maladie, soit un défaut de développement mental ou physique, et tout enfant qui est mort de quelque cause que ce soit. La définition est large, mais c'est la seule qui pouvait être adoptée. Dans les cas envisagés, on relève 12 p. 100 d'enfants anormaux, mais ce chiffre a peu de poids faute de pouvoir le rapprocher d'une série d'enfants nés de femmes atteintes d'affections gynécologiques non irradiées.

Mais l'enfant anormal est nettement plus fréquent dans les cas irradiés après conception qu'avant.

Voyons le détail.

Trente-huit enfants anormaux sont nés de femmes irradiées avant la conception. Sur un total de 406 cas : 3 mort-nés, soit 0,9 pour 100 (chiffre inférieur à la moyenne) ; 13 morts pendant la première année (soit 3,2 pour 100 au lieu de la moyenne aux États-Unis de 7,6) ; morbidité, 4 pour 100 ; malformations, 7 cas (1 anencéphalie, 1 microcéphalie, 1 agénésie du pariétal, 1 déformation non spécifiée, 1 malformation du cœur, 1 sténose trachéale, 1 absence d'avant-bras). Au total, il semble bien que l'irradiation n'ait eu aucun effet nocif.

Trente-huit autres enfants anormaux sont nés de mères irradiées pendant la gestation ; sur un total de 74 cas : pas de mort-nés ; mortalité de la 1re année, 6,7 pour 100 ; morbidité et faiblesse, 10 8 pour 100 ; malformations, 25 cas (microcéphalie 17, hydrocéphalie 2, idiotie mongolienne 1, cécité 1, malformation céphalique 1, malformation des membres 1, spina bfiida 1, strabisme divergent 1).

L'irradiation de la femme enceinte est donc dangereuse pour l'enfant. M. suggère de pratiquer toujours un curettage avant irradiation et d'interrompre toute gestation qui a été irradiée. H. V.

Leopold Goldstein et Douglas Murphy. *Idiotie microcéphalique à la suite de radiothérapie pour cancer utérin pendant la gestation* (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, tome XVIII, n° 2, Août 1929). — Histoire clinique détaillée d'une secondipare ayant subi une pose de radium pour cancer du col au cours d'une gestation arrivée au 6e mois. Accouchement spontané en 8 heures à 7 mois 1/2 (bipariétal : 8 cm.). Cet enfant, suivi pendant plusieurs années, est idiot, microcéphale, catatonique ; son développement musculaire est insuffisant. H. V.

E. M. Hawks. *Mortalité maternelle de 582 césariennes abdominales* (*American Journal of Obstetrics and Gynocology*, tome XVIII, n° 3, Septembre 1929). — H. apporte les résultats de 582 césariennes pratiquées à New-York Nursery and Child's hospital, de 1910 à 1928, par 83 opérateurs différents.

Il y a eu 22 morts (soit 3,6 pour 100) : 7 avant 1919 et 15 après. Certes, il y a eu plus de césariennes dans la seconde période que dans la première (par exemple, 3 césariennes pour 1.000 accouchements en 1910 et 32 en 1926), mais, tout de même, le taux de la mortalité par césarienne a été plus élevé pendant cette seconde période.

Pendant ce temps, l'anesthésie rectale, l'emploi du mercurochrome, le forceps de Barton et celui de Kielland, les perfectionnements apportés à la pratique de la version par manœuvres internes ont diminué la mortalité globale de l'accouchement par les voies naturelles. Toutefois, le fait que l'on ait eu plus souvent recours à la césarienne est une raison importante de cette diminution de la mortalité totale.

Les causes de mort ont été : l'éclampsie, — le shock et l'hémorragie (en voie de diminution du fait d'une meilleure anesthésie locale ou générale et du fait des transfusions), — la pneumonie, — l'iléus paralytique, — la méningite tuberculeuse (2 cas) où l'on avait fait une anesthésie rachidienne), — la septicémie (1 cas) — et surtout la péritonite dans les cas impurs (sept observations).

En se rapportant au procédé employé, la mortalité s'établit ainsi : 492 césariennes classiques avec 21 morts, 11 Porro avec 1 mort, 30 césariennes basses avec 0 mort, 39 Latzko avec 0 mort, 30 exclusions péritonéales avec 0 mort. L'enseignement qu'il faut en retirer est de réserver la césarienne classique aux cas purissimes.

Mais un autre enseignement plus général qu'il faut retenir, c'est que la césarienne n'est pas la solution simple et sûre qui permet de se tirer de tous les cas difficiles. HENRI VIGNES.

REVUE DES JOURNAUX

ARCHIVES des MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DE LA NUTRITION (Paris)

G. Marinesco, O. Kauffmann-Cosla et St-Draganesco (Bucarest). ***Le rapport du diabète insipide avec le diabète sucré et l'oxydation cellulaire (la carbonurie désoxydative)*** (*Archives des maladies de l'Appareil digestif et des maladies de la Nutrition*, tome XIX, n° 8, Octobre 1929). — Les auteurs ont étudié 6 cas de polydipsie accompagnée de polyurie manifeste ou très intense. Chez 4 malades, la polyurie survint au cours d'une lésion nerveuse certaine produite par la syphilis nerveuse, l'encéphalite léthargique ou le traumatisme ; chez les 2 autres, en dehors de la polyurie, il n'y avait aucun autre signe clinique d'une lésion du système nerveux central.

L'étude de ces observations montre qu'il y a deux espèces de polyuries : l'une s'accompagne d'un trouble du métabolisme général qui se traduit par une carbonurie désoxydative manifeste ; l'autre ne présente pas une modification du métabolisme général (absence de carbonurie désoxydative). La première espèce représente le vrai diabète insipide, tandis que la seconde en diffère par sa nature, relevant peut-être d'une lésion isolée du centre du métabolisme de l'eau.

Les diabètes insipides, comme le diabète sucré d'ailleurs, sont l'expression d'un trouble du métabolisme général qui se traduit par une carbonurie désoxydative, laquelle dans le diabète insipide revêt la forme aglycosurique, tandis que dans le diabète sucré, la forme glycosurique est toujours accompagnée de la forme aglycosurique. Ce trouble du métabolisme général, dans le diabète insipide comme dans le diabète sucré, peut intéresser les sucres, les protéides ou les graisses, soit isolément soit pour deux d'entre eux, ou bien pour toutes ces classes d'aliments.

L'insuline exerce dans le diabète insipide une action hypercombustive comme dans le diabète sucré. En effet elle réduit la carbonurie désoxydative jusqu'à la valeur physiologique.

L'hypophysine a une action nulle sur le métabolisme général pathologique. Contrairement à ce qu'on obtient avec l'insuline, elle ne réduit pas la carbonurie désoxydative.

L'insuline exerce d'une façon inconstante une action modérée, parfois assez durable, sur les deux espèces de polyurie ; l'hypophysine a une action constante nette, mais fugace. Pendant la régression de la polyurie sous l'action de l'insuline et de l'hypophysine, on remarque une rétention très évidente du calcium urinaire, phénomène qui peut faire considérer l'ion Ca comme jouant un rôle dans le métabolisme de l'eau.

Les lésions des centres nerveux qui produisent les polyuries sont localisées dans la région tubérienne ; il est fort probable que la lésion des centres qui provoque certaines polyuries coïncide avec des lésions dont dépendent certains troubles de l'oxydation cellulaire, tels que la carbonurie désoxydative (diabète sucré, diabète insipide) ou siège à leur proximité. L'étendue et l'intensité de la lésion produisent soit une polyurie, soit une carbonurie désoxydative, soit enfin toutes les deux à la fois. L. Rivet.

Anastasy Landau et Georges Glass (Varsovie). ***Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement de l'ulcère juxta-pylorique*** (1er mémoire) : ***l'importance de l'hypotension artérielle dans la pathogénie et le diagnostic de l'ulcère juxta-pylorique*** (*Archives des maladies de l'Appareil digestif et des maladies de la Nutrition*, tome XIX, n° 8, Octobre 1929). — L. et G. rappellent les principales notions pathogéniques et expérimentales concernant l'ulcère de l'estomac. Ils rappellent notamment la théorie de Bergmann, attribuant une importance majeure au déséquilibre du système végétatif dans la pathogénie de l'ulcère.

Parmi ces troubles du système végétatif, L. et G. se sont efforcés de mettre en évidence l'hypotension artérielle. Sur 61 cas d'ulcères de l'estomac et du duodénum, ils ont noté l'hypotension dans 25 cas (soit 41 pour 100 des cas) ; dans 1/3 de ces cas, la maxima était inférieure à 90 mm. de Hg ; il s'agissait habituellement d'ulcère juxta-pylorique ou duodénal. Au contraire, sur 63 cas d'affections fonctionnelles de l'estomac ou de maladies chroniques de la vésicule biliaire, l'hypotension n'a été observée que dans 15,9 pour 100 des cas.

L'ulcère survient donc habituellement sur un terrain asthénique ou lymphatique, avec troubles de l'équilibre du système végétatif, parmi lesquels figure l'hypotension. La prédisposition à l'ulcère et à l'hypotension est de même nature et dépend du même agent constitutionnel.

L. et G. supposent que l'élément vasculaire fonctionnel qui intervient dans la pathogénie de l'ulcère ne consiste pas tant en une vasoconstriction qu'en un abaissement constant de la pression artérielle de l'organisme ; il en résulte une chute de la tension dans les artères de l'estomac, qui, unie au déséquilibre vaso-moteur résultant des troubles du système végétatif, peut conduire à l'ischémie constante, à la nutrition insuffisante de la paroi gastrique, qui favorise ainsi l'évolution ultérieure de l'ulcus. L. et G. soulignent enfin l'importance de l'hypotension dans le diagnostic différentiel, puisqu'elle se rencontre plus souvent dans l'ulcère juxta-pylorique ou duodénal que dans les autres affections abdominales.

L. Rivet.

LE MONDE MÉDICAL (Paris)

Th. Cornioley (Genève). ***Les greffes osseuses autoplastiques dans les affections inflammatoires et traumatiques de la colonne vertébrale*** (*Le Monde médical*, tome XXXIX, n° 758, 15 Octobre 1929). — Il s'agit des greffes à la manière d'Albee dont C. a un peu modifié la technique en appliquant le greffon osseux (prélevé sur le tibia), non pas contre les apophyses épineuses, mais contre les arcs portérieurs des vertèbres, c'est-à-dire plus près de la colonne des corps vertébraux : l'opération n'est ni plus laborieuse, ni plus compliquée que celle d'Albee.

C. pense que cette opération non seulement est applicable au traitement du mal de Pott, mais qu'elle mérite d'être étendue à d'autres lésions de la colonne vertébrale.

Etant donné les résultats obtenus dans les greffes autoplastiques pour fractures ou pseudarthoses des os longs, C. est convaincu qu'il est des cas de *fractures vertébrales* qui sont justiciables d'une greffes d'Albee. En effet, lorsqu'on connaît la lenteur de consolidation de certaines fractures des corps vertébraux, les longs traitements immobilisateurs, soit que l'on s'adresse aux corsets plâtrés, soit que l'on emploie les extensions si mal commodes, on est en droit de se demander si, chez les jeunes tout au moins, l'aide apportée par un greffon ne serait pas recommandable. Lorsqu'une fracture d'un corps vertébral s'avère, aux examens radiologiques, sans déplacement notable des fragments et sans troubles médullaires, il est évident que la greffe est superflue. Il en est tout autrement dans une fracture siégeant dans la région cervicale ou dorsale, où les fragments du corps vertébral sont déplacés ou ont tendance à se déplacer, menaçant ainsi l'intégrité de la moelle épinière. Il est d'autres cas, enfin, où le corps vertébral tout entier, par suite de fractures complexes des arcs et des articulations inter-vertébrales, tend à être chassé de son alvéole, avec toutes les conséquences que l'on peut prévoir, d'autant plus graves que la lésion siège plus haut. C. pense que ces cas sont justiciables d'une greffe d'Albee Une fois le greffon posé, on réalise une immobilisation naturelle de toute la région traumatisée. Le périoste et la moelle osseuse de cette greffe déclenchent la formation d'un cal postérieur qui ne pourra être qu'un adjuvant bienfaisant à la restauration effectuée spontanément par l'organisme. C. publie un cas type de fracture de la colonne, dans lequel il a employé ce procédé, et qui lui a donné entière satisfaction.

Il est d'autres cas où la greffe d'Albee est indiquée. Ce sont les luxations de la colonne vertébrale. Bien que réduites, on n'ignore pas qu'anatomiquement ces luxations, surtout dans les régions très mobiles de la colonne, peuvent, spontanément ou à l'occasion d'un simple mouvement involontaire, se reproduire très facilement. Or les appareils de fixation actuels — Minerve, extension — sont trop encombrants pour les malades ou insupportables pendant trop longtemps. C'est ici qu'une greffe, intervenant au bon moment, pourra raccourcir de beaucoup le séjour au lit et donner au blessé une sécurité qu'aucun appareillage, si bien fait soit-il, ne lui procurera (un cas personnel).

Enfin, il est des lésions encore mal connues, des spondylites infectieuses, non spécifiques, qui paraissent justiciables d'une immobilisation par une greffe d'Albee. A titre d'exemple, C. publie une observation où il n'a pas été possible de poser le diagnostic de Pott et où, cependant, il existait indubitablement des lésions des corps vertébraux, qui ont guéri à la suite d'une greffe d'Albee.

Donc, maux de Pott, spondylites diverses autres que tuberculeuses, fractures et luxations de la colonne vertébrale sont justiciables d'une intervention qui n'est ni dangereuse, ni choquante et susceptible de guérir, en peu de temps et à peu de frais, alors qu'autrefois les malades qui en étaient atteints étaient condamnés à des réclusions interminables, ou dans des lits ou dans des appareils.

J. Dumont.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

H Thiers. *L'urémie convulsive* (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome X, n° 238, 5 Décembre 1929). — Les convulsions urémiques surviennent dans environ 10 pour 100 des cas d'urémie ; elle sont rares dans les urémies chirurgicales, sauf celles liées à une compression urétérale ; elles sont relativement fréquentes dans toutes les urémies médicales, sauf les néphrites tuberculeuses et les néphrites mercurielles. Elles peuvent se voir au cours de l'évolution d'un des trois types cliniques de la classification de Widal. Mais surtout le terrain clinique joue un rôle essentiel, et les convulsions frappent presque toujours, soit des sujets prédisposés, soit des sujets dont le cerveau ou les méninges sont lésés et souvent par la syphilis.

Il existe tous les intermédiaires entre l'urémie convulsive, les myoclonies des azotémiques et certains états de contracture urémique. Le liquide céphalo-rachidien doit être normal dans l'urémie convulsive ; sa tension peut être augmentée. La tension artérielle n'est pas forcément élevée.

Le pronostic dépend, non des convulsions, mais du contexte clinique. Le traitement est celui de l'urémie associé à la ponction lombaire.

Le diagnostic est habituellement très difficile, parce que presque toujours on se contente du diagnostic de convulsions urémiques, alors que l'autopsie montrera des lésions cérébro-méningées sur lesquelles insiste T. : méningite infectieuse latente ; lésion vasculaire soit méningée, soit parenchymateuse. Bref, il s'agit en principe d'une urémie associée.

T. confirme les idées de Blum et d'Ambard en montrant que, dans tous ses cas, il y avait une réten-

tion chlorée cérébrale ou sanguine, même lorsque le malade ne présentait pas d'œdème et entrait dans le cadre des azotémiques purs. Mais la rétention chlorée est à elle seule insuffisante et il faut faire intervenir autre chose : lésion vasculaire ou infectieuse, méningée ou parenchymateuse, contemporaine ou antérieure à l'urémie; prédisposition individuelle dans les cas où on ne trouve pas de lésions.

R. Rendu. *Cérébellite varicelluese* (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome X, nº 238, 5 Décembre 1929). — Il s'agit d'une enfant de 6 ans, atteinte d'otite moyenne suppurée chronique, qui présenta un syndrome cérébelleux grave au décours d'une varicelle. On pensa d'abord à une labyrinthite vestibulaire: trois jours après, un neurologue porta le diagnostic d'abcès cérébelleux et conseilla une intervention : la famille la refusa; la guérison survint spontanément en dix à quinze jours. Ce cas resta inexpliqué jusqu'au jour où la lecture d'une publication italienne montra à l'auteur qu'il avait dû s'agir d'une complication cérébelleuse, encore inconnue, de la varicelle. Cette observation constitue, croyons-nous, le premier cas de « cérébellite varicelleuse » observé en France.

ANNALES DE L'INSTITUT CHIRURGICAL DE BRUXELLES

Van Gehuchten. *La chirurgie du tonus musculaire* (*Annales de l'Institut chirurgical de Bruxelles*, an. XXX, nº 7, 15 Septembre 1929, p. 121-134). — Le tonus musculaire est la résultante d'excitations périphériques transmises aux centres nerveux par les racines postérieures pour retourner ensuite aux muscles par les racines antérieures et les nerfs cérébro-spinaux ; en outre, depuis les recherches de Hunter et celles, plus récentes, de Royle et Hunter, on tend aujourd'hui à attribuer aux rameaux communicants sympathiques un rôle important dans le mécanisme du tonus musculaire. Il y a donc, à l'heure actuelle, 3 types d'interventions chirurgicales qui ont pour but de diminuer un tonus musculaire exagéré : la section des racines postérieures (opération de Forster), la section des nerfs périphériques (opération de Stoffel) et la section des rameaux communicants. Ce sont les résultats fournis par ces interventions que V. G. expose dans cet article.

Après avoir défini les composants du tonus musculaire — tonus résiduel, tonus d'attitude, tonus de soutien — et décrit leurs voies centripètes et centrifuges, ainsi que leurs centres de contrôle cortico-cérébelleux et cortico-médullaires, après avoir enfin étudié les diverses variétés d'hypertonie — celles dues à un traumatisme périphérique, à une lésion du corps strié ou de la voie pyramidale — V.H. passe en revue les résultats des interventions chirurgicales dans ces différents cas : intervention sur les nerfs périphériques (opération de Stoffel), section des racines postérieures (opération de Forster), section des rameaux communicants ou ramisectomie. Il montre, en conclusion, qu'il n'est pas possible, avec les éléments dont on dispose actuellement, d'apprécier d'une manière définitive ce que l'on est en droit d'attendre de la chirurgie du tonus musculaire et l'on ne peut, jusqu'à présent, que donner des indications très générales.

Dans les *contractures réflexes*, d'origine périphérique, la ramisection paraît être l'intervention de choix.

Dans les *hypertonies d'attitude ou de posture* (syndromes parkinsoniens), on ne peut songer à la radicotomie postérieure qui devrait être beaucoup trop étendue pour être efficace; la seule intervention réalisable est la ramisection, bien que les résultats obtenus, jusqu'à présent, soient bien peu encourageants.

Dans les *hypertonies pyramidales*, syndromes de Little, paraplégies spastiques, hémiplégie, les résultats de la ramisection sont également bien minimes. L'opération de Stoffel et la radicotomie postérieure, par contre, gardent ici des indications très précises. L'opération de Stoffel sera réservée aux cas de contracture limitée; la radicotomie aux cas de paraplégie spastique plus généralisée. Mais la radicotomie reste une intervention sérieuse et l'on ne pourra la conseiller que dans les cas graves ayant résisté à toutes les autres thérapeutiques. J. DUMONT.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Bâle)

J. J. Mozer et A. Epstein. *Le syndrome gastro-angineux de l'infarctus de la pointe du myocarde* (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LIX, nº 34, 24 Août 1929). — L'infarctus du myocarde a une symptomatologie très variable qui rend le diagnostic généralement difficile. Cependant l'infarctus de la pointe donne parfois lieu à un syndrome qui, pour M. et E., mérite d'être isolé. L'observation qui fait le fond de ces considérations concerne un homme de 63 ans atteint, depuis un an, de crises douloureuses épigastriques accompagnées parfois de vomissements alimentaires, mais non d'hématémèses. Un jour, il est pris d'une douleur extrêmement vive au creux épigastrique, en l'absence de toute fièvre, mais avec intolérance gastrique absolue, pouls très faible et très lent (56 à la minute), pression artérielle basse (11,58) et absence complète de réaction péritonéale caractérisée. La mort survient rapidement et, à l'autopsie, on constate, avec un léger degré de mésaortite abdominale, un infarctus de la pointe du cœur correspondant à une thrombose totale de la branche horizontale de la coronaire droite.

A ce sujet, M. et E. font remarquer qu'un certain nombre d'auteurs ont publié des observations dans lesquelles des affections cardiaques et notamment des infarctus se sont accompagnés de troubles apparemment gastralgiques qui entraînent des erreurs fréquentes. Dans un cas, la laparotomie fut pratiquée. C'est surtout à l'absence de signes objectifs de péritonite et de choc qu'on doit se fier pour rattacher les symptômes au cœur lorsque toute douleur rétrosternale manque. La pression artérielle basse et le pouls rapide ou parfois lent, mais toujours très petit, doivent être aussi pris en considération. Mais la crise d'aortite abdominale est toujours difficile à distinguer de cet état.

Le fait que les douleurs soient si basses s'explique mal, car la pointe du cœur n'est pas embryologiquement la partie la plus inférieure du cœur. En outre, il ne s'agit pas là d'une propagation, mais d'une localisation anormale, car la douleur est uniquement abdominale. Il faudrait donc admettre, selon les auteurs de ce travail, que cette douleur est en relation avec une vulnérabilité particulière du système nerveux à ce niveau. P.-E. MORHARDT.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN

W. Scharpff. *Modifications du volume du cœur après cure d'amaigrissement* (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXV, nºˢ 1 et 2, Septembre 1929). — Pour apprécier la réduction du volume du cœur après cure d'amaigrissement, S. s'est servi de la téléradiographie avec ampoules placées à 2 m. du malade et en observant, au moment de la comparaison des images, si l'articulation sterno-claviculaire est, dans les deux cas, à la même place par rapport à la colonne vertébrale. Le fait qu'il soit difficile de photographier ainsi le cœur, au même moment de sa révolution, ne paraît pas important à S., d'autant qu'il n'a pas tenu compte des différences inférieures à 1/2 cm. dans la grandeur des diamètres.

Les radiogrammes de 51 malades ont pu être ainsi utilisés.

Dans un premier groupe de 30 obèses dont le cœur et les vaisseaux étaient normaux, on a constaté une diminution des diamètres du cœur, lorsque la perte de poids avait atteint au moins 7 kilogr. Cependant, chez les malades dont le cœur était petit avant la cure, aucune modification appréciable ne s'est produite. Chez les obèses avec augmentation de la pression du sang, on a observé également une diminution du volume du cœur après abaissement de la pression et perte de poids importante. Mais quand le muscle cardiaque est malade, cette diminution ne se produit pas, à moins que la pression du sang n'ait pu être abaissée. Cette réduction des diamètres du cœur n'est pas due à une torsion de cet organe sur son axe parce que les vues latérales témoignent aussi d'une diminution. Il ne s'agit pas non plus d'une fonte de la graisse du cœur ou du myocarde, mais bien d'une diminution du résidu systolique.

Chez les hypertendus obèses, on observe souvent, en même temps qu'un abaissement de la pression, un rétrécissement de l'ombre médiastinale accompagné parfois d'un rétrécissement du diamètre aortique lui-même.

Chez des obèses jeunes la dilatation du cœur est moins importante que chez les obèses âgés à cause de la résistance du cœur. Toute dilatation du cœur doit être considérée comme pathologique et constitue une indication pour la cure d'amaigrissement qui, beaucoup plus qu'on ne le croit d'ordinaire, permet, selon S., de réduire ces dilatations et de rendre des forces au cœur. P.-E. MORHARDT.

R. Schaefer. *L'emploi diagnostique et thérapeutique de l'encéphalographie par ponctions sous-occipitales* (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXV, nºˢ 1 et 2, Septembre 1929). — Dans ce travail S. donne des indications sur la méthode employée depuis 3 ans à la Clinique de Würzburg et sur ses résultats. Cette méthode, qui semble à S. préférable aussi bien à la ponction des ventricules qu'à la ponction lombaire, est pratiquée à jeun, après administration d'opium et d'atropine. Avant d'introduire de l'air, la résistance électrique du tissu cérébral est déterminée par des courants de basse fréquence. Ensuite il est alternativement recueilli un peu de liquide céphalo-rachidien, en évitant toute succion, et introduit de l'air. On ne fait pas écouler plus de 30 à 75 cmc de liquide qu'on remplace seulement dans la proportion des 4/5 par de l'air. On n'a jamais noté, au cours de l'intervention, de phénomènes de collapsus, mais de la céphalée, des sueurs, des nausées, parfois des vomissements, un pouls remarquablement lent et parfois rapide ont été observés.

Cette méthode a été employée dans des cas d'apoplexie, de tumeur cérébrale, d'encéphalite, de méningite et de paralysie générale. On ne doit pas, selon S., attribuer trop d'importance à des petites différences dans le remplissage et dans la grandeur ou la forme des espaces rendus clairs par l'insufflation.

Néanmoins, il y a certains cas dans lesquels les ventricules se remplissent de façon défectueuse ou différemment l'un de l'autre et où l'encéphalographie complète le diagnostic neurologique; mais il est rare qu'elle joue un rôle décisif au point de vue localisation. Elle a donné des résultats intéressants surtout dans les tumeurs du lobe frontal ou temporal droits. S. la pratique toujours avant une intervention.

La méningite séreuse offre parfois des difficultés diagnostiques considérables qui, dans un cas de S., n'ont été levées que par le cours de la maladie. Il semble également qu'en pareil cas, l'encéphalographie soit particulièrement bien supportée.

En général, on ne doit pas pratiquer l'insufflation dans l'encéphalite aiguë ni dans le parkinsonisme post-encéphalitique. De même, dans les commotions, il semble dangereux de recourir à cette méthode qui peut être considérée, par le malade, comme un second traumatisme.

Au point de vue thérapeutique, cette méthode semble avoir donné des résultats. En tout cas, chez 2 malades de S., les phénomènes de stase papillaire ont commencé à disparaître immédiatement après l'encéphalographie. P.-E. MORHARDT.

H. Gunther. *Polyglobulie « cérébrale »* (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXV, nºˢ 1 et 2, Septembre 1929). — G. se livre à une série de considérations cliniques au sujet du cas sui-

vant. Il s'agit d'un homme de 26 ans qui, depuis 2 ans, a fortement engraissé (110 kilogr.), dont le visage est très coloré, dont le revêtement pilaire présente des caractères eunucboïdes et qui a des accès narcoleptoïdes surtout lorsqu'il est inoccupé. Il se plaint également de céphalée et de polydipsie. Le métabolisme de base est assez normal (— 1,3 pour 100), la pression est de 120/95 et sans variations importantes. Les hématies sont au nombre de 8,53 millions, l'hémoglobine atteint 120 p. 100. Pendant le sommeil, le visage se cyanose d'une façon marquée comme d'ailleurs dans les accès narcoleptoïdes. Ceux-ci commencent par une période d'apnée d'environ 10 secondes et souvent on observe la respiration de Cheyne-Stokes.

La thérapeutique a consisté à administrer de l'extrait thyroïdien et testiculaire avec régime réduit (1 jour de fruits tous les 2 jours). Le poids est descendu à 90 kilogr., les accès de sommeil ont fini par disparaître, mais la globulie a été peu influencée. Une bonne partie de ces signes fait songer, selon G., à une lésion cérébrale. Cela est vrai des troubles respiratoires notamment.

En ce qui concerne la narcolepsie, elle est souvent liée à l'obésité et disparaît parfois avec une cure d'amaigrissement. Elle a d'ailleurs été observée dans les polyglobulies ; elle s'associe fréquemment à des lésions de la base du cerveau. Mais, chez le malade de G., il n'a pu être constaté aucun signe qui fasse songer à un processus cérébral local. Cependant, dans l'encéphalite épidémique, on a observé quelquefois de la globulie et Schulof et Matthies ont pu provoquer de la polyglobulie par lésions expérimentales des centres végétatifs. L'encéphalite léthargique entraîne aussi quelques-uns des symptômes observés chez ce malade : narcolepsie, troubles respiratoires, etc.

Il semble donc bien y avoir de la polyglobulie déterminée par un trouble cérébral. Cependant il faut envisager aussi les troubles endocriniens, car la polycythémie s'accompagne souvent de goitre et l'hypothyroïdisme de narcolepsie. Les lésions des surrénales, de même que l'administration d'adrénaline, peuvent aussi provoquer des troubles respiratoires plus ou moins analogues à la respiration de Cheyne-Stokes ou à celle de Biot; enfin, on a observé des polyglobulies dans des lésions de ces organes.

Ainsi, un ensemble de symptômes comme ceux que présentait le cas de G. peut se rattacher aussi bien à des lésions cérébrales qu'à des troubles endocriniens. P.-E. Morhardt.

BOLLETTINO DELLA SEZIONE ITALIANA della SOCIETA INTERNAZIONALE DI MICROBIOLOGIA (Milan)

Galli et Foa. *Radiumémanation et action bactéricide* (*Bollettino della Sezione italiana della Società internazionale di Microbiologia*, tome I, fasc. 11, Novembre 1929). — Les auteurs ont étudié l'action exercée par les émanations de radium sur les germes qu'on rencontre le plus souvent dans les affections chirurgicales, c'est-à-dire staphylocoque, streptocoque et coli.

La radiumémanation a été préparée en tubes de verre capillaires ayant un diamètre d'une fraction de millimètre. L'émanation a été employée quelques heures après son extraction.

Pour le développement des germes on s'est servi de milieux de culture liquides et solides qui ont été ensemencés avec un peu d'enduit bactérien provenant d'une culture de 24 heures sur agar incliné. Plusieurs réensemencements ont été faits pour établir les modalités de l'action bactéricide.

Les auteurs ont étudié l'action de trois espèces de radiations : α, β, γ.

Les résultats de leurs expériences, semblables pour les différentes souches du même germe, et peu discordantes pour les trois espèces de germes, leur ont montré que les radiations β et γ ont une action bactéricide très faible, même en les employant à haute dose et sur des cultures commençant à peine à se développer. Les radiations α, au contraire, se sont montrées nettement bactéricides; le pouvoir bactéricide s'est montré plus complet dans les milieux liquides que dans les solides, et plus rapide sur les cultures en voie de développement. Les radiations ont besoin d'agir pendant quelques heures sur les cultures déjà développées si l'on veut que dans les réensemencements on n'ait plus aucun développement de germes.

Le pouvoir bactéricide des rayons α s'est montré inversement proportionnel à la quantité de liquide de culture employé et au nombre de germes et, jusqu'à un certain point, directement proportionnel à la dose des radiations employées.

L'action des radiations est élective pour le germe car les milieux de culture par eux-mêmes ne paraissent subir aucune altération capable de les rendre inaptes au développement de nouveaux germes.

J. Dumont.

Galli et Foa. *Sur la préparation de vaccins au moyen de la radiumémanation* (*Bollettino della Sezione italiana della Società internazionale di Microbiologia*, vol. 1, fasc. 11, Novembre 1925). — Les auteurs ont voulu rechercher si l'action bactéricide des rayons α du radium pouvait être exploitée pour la préparation de vaccins.

Ils ont choisi comme germe le *staphylococcus aureus*, car c'est un des germes les plus communs des suppurations, et les vaccins staphylococciques ont une large application en thérapeutique humaine.

Ils ont cherché avant tout à établir dans leurs expériences le minimum de temps nécessaire pour obtenir la mort d'une certaine quantité de germes, délayés dans des quantités fixes de solution physiologique, avec des doses variables de radiumémanation.

Ils ont ainsi pu constater qu'on n'obtenait plus aucun développement après 3 h. 1/2 à 4 heures si la dose de radiumémanation employée était de 7,5 milligr. équivalents par tube; après 3 à 3 h. 1/2, au contraire, si la dose était de 10 milligr. équivalents par tube. Ces résultats n'ont pas varié d'une façon remarquable en employant des souches différentes de staphylocoques.

Ayant ainsi obtenu la stérilisation des vaccins, il importait de savoir si ces vaccins conservaient leur pouvoir antigène.

Les auteurs ont en conséquence préparé deux espèces de vaccins, avec des germes de même âge et de la même souche : l'une a été préparée d'après la technique classique de Wright, tandis que l'autre à été préparée en employant les radiations. Les expériences ont été faites sur les animaux, avec les deux espèces de vaccins, en choisissant des lapins du même âge et, autant que possible, de même poids. Les lapins ont été divisés en trois groupes : un groupe a servi de contrôle; un autre groupe a reçu par la voie sous-cutanée une série d'injections de vaccin à la Wright, tandis que le troisième groupe, toujours par la voie sous-cutanée, a été vacciné avec le vaccin préparé au radium. Ayant ensuite inoculé tous les animaux avec des doses mortelles, par la voie veineuse, les auteurs ont constaté une plus grande résistance chez les lapins préparés avec le radiumvaccin. Quant aux abcès de la paroi abdominale provoqués par des inoculations sous-cutanées de staphylocoques, les deux vaccins, appliqués localement, n'ont pas montré entre eux de différences remarquables.

G. et F. ont aussi essayé ces vaccins préparés au moyen de la radiumémanation dans des cas de furonculose du cou chez des hommes. Le vaccin a été appliqué localement. Les résultats des traitements pratiqués à la consultation externe ont été bons chez deux malades. Il va de soi qu'il sera nécessaire d'étendre à de nombreux cas cliniques le traitement avec ces vaccins (même polyvalents) et d'en suivre les résultats non seulement immédiats, mais aussi à distance, avant de donner un avis qui en conseille une application étendue. Il faudra aussi contrôler la durée de la persistance de leur pouvoir immunisant à distance.

J. Dumont.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

H. Strauss. *Contribution à la question des relations entre le diabète et les affections vésiculaires* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LV, n° 35, 30 Août 1929). — Les discussions concernant les rapports entre le diabète et les affections vésiculaires ne peuvent être tranchées que par la communication du plus grand nombre possible de cas permettant d'établir un pourcentage sur des données suffisantes. A la suite de ses observations personnelles jointes à l'étude des faits publiés sur cette question, S. a acquis la conviction de la rareté des cas de diabète consécutifs aux maladies de la vésicule; cependant il n'est pas exceptionnel d'observer la coexistence des deux affections (15 pour 100 des cas environ). En outre, assez souvent, on constate de légers troubles fonctionnels pancréatiques, passagers et minimes, sans glycosurie, évoluant au décours des maladies de la vésicule (environ 18 pour 100 des cas). De même, il peut être indiqué d'instituer un traitement insulinique chez des diabétiques légers présentant une poussée aiguë, fébrile, de cholécystite.

G. Dreyfus-Sée.

V. Schilling. *Comparaison entre l'hémogramme et la mise en évidence de granulations toxiques leucocytaires, comme méthodes pratiques d'étude de l'image sanguine* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LV, n° 35, 30 Août 1929). — Nægeli et ses élèves ont insisté à plusieurs reprises sur la valeur des granulations toxiques leucocytaires auxquelles ils attribuent une importance capitale dans l'étude du sang. Ils critiquent les méthodes usuelles, en particulier l'image d'Arneth et l'hémogramme, et affirment la supériorité de leur procédé diagnostique.

S., qui a le premier préconisé l'hémogramme, se refuse à admettre les objections de Nægeli.

Selon lui, au contraire, l'existence de ces granulations, d'ailleurs connues depuis bien longtemps, n'a nullement la valeur qu'on a voulu leur attribuer et leur recherche est loin de pouvoir fournir des résultats comparables à ceux des techniques bien expérimentées auxquelles ont recours la plupart des hématologistes. Cliniquement, en effet, l'existence de ce symptôme cytologique est variable et partant difficilement interprétable.

Sa conception en tant que signe de réaction périphérique est inexacte, car ces granulations peuvent apparaître aussi bien dans les centres hémotopoïétiques à tous les stades de l'évolution granulocytaire, sous l'influence de conditions pathologiques.

Histologiquement ce sont des modifications structurales dégénératives des leucocytes déterminées par des processus infectieux ou toxiques, c'est-à-dire qu'elles constituent des altérations fonctionnelles de la structure par absorption des produits pathogènes et par suite d'un processus autolytique destructif.

G. Dreyfus-Sée.

U. Friedemann et H. Deicher. *Le contrôle bactériologique des convalescents de scarlatine* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LV, n° 36, 6 Septembre 1929). — Pour déterminer la durée exacte de la période contagieuse de la scarlatine, F. et D. ont préconisé la recherche systématique du streptocoque hémolytique dans le rhinopharynx.

Ils se défendent d'ailleurs d'avoir voulu fournir ainsi une preuve de l'origine streptococcique de la scarlatine, mais leurs résultats expérimentaux et cliniques, confirmés par d'autres auteurs en Allemagne et en Amérique, les avaient convaincus de l'intérêt pratique de cette méthode en dehors même de toute notion pathogénique.

A la suite de leur communication, une expérimentation a été tentée sur une large échelle, sur l'initiative du ministère de l'Hygiène, par Seligmann et ses collaborateurs, chez plus de 5.000 sujets : enfants des écoles ou malades de cliniques.

Les résultats furent loin de confirmer les conclusions des premiers essais.

Mais F. et D., étudiant les statistiques publiées, constatent de très graves causes d'erreur dues à l'application trop précoce et trop étendue d'une méthode qui exige une rigueur extrême dans sa technique.

Il est intéressant de souligner ces fautes qui permettent de préciser les conditions nécessaires pour affirmer la non-contagiosité d'un sujet convalescent ou suspect de scarlatine :

1° Nécessité de 3 ensemencements négatifs à 48 heures d'intervalle;

2° Préparation soigneuse des milieux de culture au sang et différenciation précise des diverses races de streptocoques;

3° Ensemencement immédiat ou du moins dans un temps très rapproché du prélèvement pharyngé, un intervalle de plus d'une journée risquant de modifier considérablement les résultats;

4° Ensemencement pratiqué à jeun et au moins 2 heures après la dernière désinfection locale;

5° Isolement prolongé des sujets porteurs de complications suppurées même si leur ensemencement pharyngé est négatif;

6° Nécessité de faire, comme pour la diphtérie, non seulement un prélèvement pharyngé, mais aussi un ensemencement des sécrétions nasales.

F. et D. considèrent que c'est en partie à l'inobservation de ces règles que sont dus les insuccès; cependant ils vont reprendre leurs expériences et s'efforcer de simplifier la technique pour la rendre plus pratiquement applicable.

Il serait en effet capital de posséder un test de non-contagiosité qui permettrait de réduire le temps d'isolement que quelques auteurs ont déjà tenté de porter à 4 et même à 3 semaines.

Cette durée ne peut être précisée de façon générale, car il existe indiscutablement des variations individuelles considérables, dépassant même les classiques 6 semaines et nécessitant un examen de chaque sujet avant la remise en contact avec des individus réceptifs.

G. Dreyfus-Sée.

Prigge et Rutkowslki. ***Immunité syphilitique et superinfection syphilitique sans symptôme chez l'homme*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LV, n° 36, 6 Septembre 1929). — De nombreuses expériences sur les cobayes ont établi les modalités de réactions de cet animal vis-à-vis de l'infection syphilitique expérimentale.

On sait que le cobaye inoculé peut présenter pendant 90 jours une réaction locale à type d'accident primitif si on le réinocule avec des spirochètes de la même souche. La détermination du chancre devient de plus en plus difficile au fur et à mesure qu'on s'éloigne de la date de la primo-infection. Passé le 90e jour, les réinoculations ne provoquent plus aucun phénomène clinique appréciable. Mais Kolle a montré qu'il ne s'agissait là que d'une immunité apparente : immunité de chancre. Les spirochètes ne peuvent plus produire de signes locaux de réaction syphilitique, mais ils envahissent les viscères et surtout les ganglions lymphatiques au niveau desquels on a pu prouver la superinfection ou la réinfection syphilitique.

Les phénomènes sont plus complexes si l'on emploie des souches différentes de tréponèmes.

Chez l'homme, l'immunité de chancre a été démontrée par de nombreuses expériences. Les réinoculations pratiquées chez des paralytiques généraux restent négatives. Dans un seul cas énergiquement traité par le salvarsan, un chancre a pu être obtenu, mais ce fait reste exceptionnel.

Pratiquement, dans la généralité des cas, on peut affirmer cette absence de réaction clinique aux réinfections syphilitiques. Cependant jusqu'ici rien ne permettait de préjuger de l'immunité viscérale, et on n'avait pu faire la preuve chez l'homme de l'existence d'une superinfection sans symptôme, analogue à celle du cobaye.

P. et R. ont réussi chez une paralytique générale à réaliser une expérience démonstrative basée sur la méthode employée pour les cobayes par Kolle et Prigge.

A cette malade, jusque-là non traitée, ils enlevèrent, sous anesthésie locale, un ganglion inguinal qui fut reconnu indemne d'infection syphilitique par inoculation en série au cobaye.

Le même jour, ils inoculèrent, par scarification et friction locale sur la cuisse de la malade, un fragment de syphilome testiculaire d'un cobaye infecté par des spirochètes de la souche H. de Frei (souche relativement récente, ayant subi peu de passages chez le cobaye et possédant une virulence marquée vis-à-vis de cet animal).

Aucune réaction locale ne fut observée au niveau de la scarification qui guérit sans qu'on pût y déceler de spirochète aux examens ultérieurs. La malade ne présenta les mois suivants aucun signe d'évolution syphilitique. Après 93 jours, un ganglion, prélevé dans le territoire lymphatique correspondant, détermina par inoculation en série aux animaux (souris puis cobaye) des lésions syphilitiques typiques au 2e passage. La comparaison des résultats obtenus par les deux inoculations ganglionnaires ainsi que le mode de réaction des animaux démontrent la réalité de cette superinfection viscérale sans symptômes cliniques objectifs dont l'importance ne peut être négligée dans l'étude de la syphilis humaine.

G. Dreyfus-Sée.

Uhlenhut, Muller et Hillenbrandt. ***Essais comparés d'immunisation vis-à-vis de la tuberculose bovine à l'aide de bacilles tuberculeux bovins peu virulents (culture BCG de Calmette et culture TB18 d'Uhlenhuth)*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LV, n° 37, 13 Septembre 1929). — Des essais infructueux d'immunisation en 1926 et 1927 avaient découragé U. M. et H. qui ne croyaient plus à la possibilité d'obtenir une protection efficace des animaux et *a fortiori* des humains contre la tuberculose à l'aide de cultures de bacilles atténués.

A la suite des publications de Calmette, ils ont tenté de nouveau une expérience d'ensemble intéressante par le grand nombre de vaches dont ils ont pu disposer et la rigueur apparente de la technique employée.

24 animaux ont été répartis en 4 groupes de 6.

Le 1er groupe a reçu du BCG sous-cutané;

Le 2e groupe fut inoculé par voie sous-cutanée avec la culture atténuée d'Uhlenhut, TB18, déjà employée lors des expériences antérieures;

Le 3e groupe reçut la même culture par voie sous-cutanée;

Le 4e groupe comprend les animaux témoins.

Après 3 mois destinés à permettre l'établissement de l'immunité, les 4 groupes ont été mis en contact avec des vaches tuberculeuses contagieuses, dans des conditions telles que le risque de contamination était égal pour tous et particulièrement intense (contamination simultanée par voie aérienne et digestive).

Après 10 mois, toutes les vaches ont été sacrifiées et leurs viscères examinés macroscopiquement, microscopiquement et par inoculation au cobaye.

Tous les animaux témoins étaient contaminés gravement.

Dans les 3 autres groupes, 4 vaches sur 6 étaient atteintes de gommes évolutives bacillaires, 2 animaux de chaque groupe avaient résisté à l'infection.

U., M. et H. ne croient pas pouvoir attribuer cette résistance à la vaccination; dans leurs essais antérieurs, un seul animal avait été réfractaire et le nombre relativement restreint des animaux en expérience permet de soupçonner une simple coïncidence, la résistance spontanée de certaines vaches étant bien connue.

Ces nouveaux essais semblent confirmer le scepticisme dont faisaient preuve U. M. et H. en ce qui concerne la possibilité d'immunisation contre la tuberculose bovine d'animaux exposés à une contamination continue dans une étable infectée.

Il est à noter que 2 des vaches vaccinées par le TB18, l'une sous la peau, l'autre dans le péritoine, avaient présenté une réaction passagère de tuberculose non évolutive localisée. Ces deux animaux ont cependant été atteints, lors de la réinfection, d'une bacillose évolutive absolument comparable à celle des vaches n'ayant pas réagi de façon notable à la vaccination.

Ces résultats expérimentaux ne confirment guère les espoirs nés des communications françaises. Cependant en ce qui concerne la prémunition des animaux jeunes, U., M. et H. réservent leur opinion et se proposent de poursuivre leurs essais dans ce sens.

G. Dreyfus-Sée.

Bamberger. ***Lait frais irradié*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LV, n° 37, 13 Septembre 1929). — A l'inverse de nombre de ses confrères, B. a obtenu de fort bons résultats dans la lutte antirachitique par l'emploi du lait frais irradié. Il a employé comparativement 3 méthodes différentes d'irradiations : appareils de Hanau, de Scheidt et de Vita-Ray.

Dans l'ensemble, l'administration prolongée de lait irradié lui paraît un excellent moyen prophylactique du rachitisme et semble parfaitement inoffensive en clinique.

En thérapeutique, le lait traité par la méthode de Hanau a donné de bons résultats dans des rachitismes sérieux, mais la guérison est moins rapide que par l'irradiation directe ou l'administration de vitastérine.

Expérimentalement et cliniquement il semble que 100 cmc de lait irradié (méthode de Hanau) correspondent environ à 5-6 gr. d'huile de foie de morue.

Les autres méthodes d'irradiation paraissent moins efficaces tout en déterminant cependant un certain degré d'activation du lait.

Des expériences ultérieures sont nécessaires afin d'établir si des laits différents subissant la même irradiation acquerront les mêmes propriétés antirachitiques et si la teneur du lait en ergostérine n'est pas, dans une certaine mesure, en relation avec l'alimentation des vaches laitières.

G. Dreyfus-Sée.

P. Degkwitz. ***Contribution à la prophylaxie du rachitisme*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LV, n° 38, 20 Septembre 1929). — D. a recherché un moyen d'administrer les corps irradiés de telle sorte qu'ils puissent être employés à titre prophylactique. Pour cela, il importe de réunir certaines conditions : le médicament doit être préparé de façon à éviter le danger des doses trop élevées, être facilement administré à doses suffisantes et pouvoir en conséquence être donné systématiquement.

Ces desiderata paraissent réalisés par le procédé suivant : 100 à 200 unités antirachitiques (unités-rats), incluses dans de la graisse et mélangées avec de la farine caramélisée, conservent leur activité entière pendant des mois (aucune diminution observée au 7e mois). Ce mélange, cuit avec des légumes verts, constitue un excellent moyen prophylactique du rachitisme et s'est montré efficace au cours des essais de D. poursuivis pendant 4 à 5 mois sur 91 nourrissons et enfants de crèches et 66 nourrissons de sa clientèle de ville.

Aux avantages présentés par ce procédé — absence de goût désagréable, tolérance parfaite, aucun danger de surdosage, possibilité de prophylaxie systématique, efficacité préventive et même curative — se joindrait pour D. la nécessité de l'administrer avec des légumes verts de telle sorte que l'extension de cette thérapeutique amènerait à obtenir l'administration précoce et régulière de légumes.

G. Dreyfus-Sée.

Junker. ***L'hypotonie constitutionnelle, en particulier au point de vue de l'importance de son diagnostic avec la tuberculose*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LV, n° 38, 20 Septembre 1929). — Le terme d'hypotonie désigne pour J. l'hypotension artérielle, symptôme très fréquemment observé dans les formes avancées de tuberculose et qui, pour certains auteurs, pourrait être parfois un phénomène précoce de grande importance diagnostique et pronostique.

Au début de la tuberculose, les recherches de J. lui ont montré le plus souvent une tension normale. Ce

signe ne paraît pas avoir de valeur diagnostique alors que l'abaissement de la pression doit faire réserver le pronostic.

Les tests à la tuberculine déterminent souvent une baisse tensionnelle en même temps qu'une réaction thermique, témoins de la réaction toxinique générale due à la tuberculine.

La phrénicectomie élève passagèrement la pression, probablement par suite d'une excitation sympathique au cours du pneumothorax; par contre, l'élévation ou l'abaissement de la tension ont une valeur pronostique et renseignent sur l'efficacité thérapeutique.

Les formes scléreuses de bacillose sont souvent accompagnées d'une hypertension relative.

La pathogénie de ces variations est mal connue.

La fréquence de l'hypotension tuberculeuse fait souvent soupçonner à tort cette étiologie alors qu'il s'agit en réalité d'hypotonie essentielle, maladie que J. a spécialement étudiée et dont le diagnostic différentiel avec la bacillose lui paraît souvent malaisé.

Elle survient chez des sujets asthéniques en général, mais parfois aussi d'aspect robuste, les hommes seraient plus fréquemment atteints que les femmes.

Ils se plaignent de multiples troubles fonctionnels qui sont interprétés comme témoignant de faiblesse générale, de dyscrasie ou de neurasthénie. Un signe capital permet de rattacher ces symptômes à leur cause: c'est la prise de la tension artérielle montrant l'hypotonie notable.

Parfois ces sujets présentent de l'éosinophilie sanguine, des crises intermittentes de migraine ou d'asthme; beaucoup sont des stigmatisés du système nerveux végétatif, vago- ou sympathicotoniques, ou des endocriniens aux lésions thyroïdiennes variables.

L'emphysème pulmonaire est fréquemment trouvé à l'examen, datant de l'enfance dans la majorité des cas.

L'association de syndromes nerveux, le rôle des intoxications admis par certains auteurs paraissent à J. très discutables, de même que l'opinion des Suédois qui croient que l'hypotonie serait un symptôme précurseur de l'hypertonie essentielle.

En réalité il s'agirait d'une maladie autonome, de cause inconnue, mais très différente de la neurasthénie et nullement conditionnée par la tuberculose. Nombre de ces malades, traités à tort comme des tuberculeux, bénéficieraient de la thérapeutique adaptée: repos, peu de sports, grand air, hydrothérapie modérée, peu de médicaments (valériane ou éphétonine, rarement strophantus ou digitale). L'acide salicylique donne souvent de bons résultats. On évitera les traitements trop énergiques, bains de soleil, cures hydrominérales. En outre la psychothérapie est utile dans une certaine mesure. G. Dreyfus-Sée.

Drügg. ***Blessure provoquée par un thermomètre et intoxication hydrargyrique consécutive*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LV, n° 39, 27 Septembre 1929). — D. relate l'observation curieuse d'une élève infirmière qui, en secouant un thermomètre pour faire descendre la colonne de mercure, brisa l'instrument sur son index au niveau duquel les débris de verre déterminèrent une coupure.

Quelques heures après, elle constatait sur sa peau et sur le bandage des traces de mercure. Cependant la plaie guérit, mais un œdème inflammatoire local reparut 15 jours après et l'examen radiologique montra la présence du mercure qui fut partiellement évacué par une incision. 3 semaines après cet incident, alors que la plaie opératoire était totalement cicatrisée, des symptômes de néphrite mercurielle grave apparurent et l'évolution progressive des signes toxiques fut telle que, 7 mois après la blessure, on dut se décider à pratiquer l'amputation du doigt, intervention qui amena rapidement la guérison de tous les symptômes pathologiques.

La gravité des accidents disproportionnée avec la petite quantité de mercure est vraisemblablement due à la vaste surface d'absorption et à la fine division mercurielle. Le massage immédiat, disséminant les gouttelettes, paraît avoir agi de façon néfaste. Le drainage incomplet et trop tardif ne put enrayer l'évolution de l'intoxication.

Le traitement rationnel serait de vérifier radiologiquement la présence du mercure et de l'évacuer immédiatement par un large débridement en évitant toute pression des tissus, toute manipulation inutile de la région blessée. Une surveillance attentive et prolongée de ces blessures est indispensable pour obvier par des interventions précoces aux accidents toxiques ultérieurs. Il est utile de connaître la possibilité de ces intoxications consécutives aux blessures par thermomètre médical afin d'établir la thérapeutique adoptée et d'éviter les fautes de traitement susceptibles d'avoir des conséquences graves.

G. Dreyfus-Sée.

MÜNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Munich)

H. Kammerer. ***Les infections septiques larvées et traînantes*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVI, n° 36, 6 Septembre 1929). — Les infections septiques à allure plus ou moins traînante et dont la symptomatologie peut être fruste et anormale sont essentiellement caractérisées par l'existence d'un foyer infectieux primitif d'où proviennent les germes pathogènes vis-à-vis desquels l'organisme exerce plus ou moins énergiquement ses forces de résistance; c'est du déséquilibre entre les moyens de défense et la virulence microbienne que naît l'infection.

En particulier, lors des infections chroniques, l'élément essentiel à considérer est le système réticulo-endothélial dont dépendrait la lutte.

K. étudie les phénomènes au cours de l'endocardite lente et du rhumatisme. Les éléments bactériologiques, cliniques et expérimentaux sont successivement envisagés.

Il insiste sur les notions actuelles de foyer initial, surtout tonsillaire ou dentaire, et discute les indications opératoires et leur moment optimum.

Mais les foyers peuvent être multiples et surgir au niveau de tous les viscères: système urogénital, sinus craniens, bronches, voies biliaires, intestin, oreille moyenne, etc.

Dans ces conditions K. recommande une exploration complète et systématique dans tous les cas d'infections traînantes. Tous les organes seront examinés, on tiendra compte des symptômes subjectifs, des signes généraux (fièvre, tachycardie), de l'état du cœur et des articulations. L'examen hématologique, l'hémoculture, la recherche des éléments cutanés purpuriques, érythémateux ou noueux, la réaction de sédimentation rendront des services. Enfin on pourra avec prudence essayer de renforcer les symptômes par un choc vaccinal autogène, ou de provoquer chez l'animal une réaction de sensibilisation au germe soupçonné. En conclusion, et sous de multiples réserves, l'ablation de l'organe paraissant le siège du foyer primitif pourrait élucider le problème.

La thérapeutique comporte en outre l'emploi des substances susceptibles de renforcer le système réticulo-endothélial.

D'innombrables traitements ont été proposés: aucun ne paraît véritablement posséder d'efficacité.

En dehors de la suppression du foyer septique et, dans quelques cas, de la ligature veineuse prophylactique, le traitement ne repose jusqu'ici sur aucune donnée suffisamment certaine pour qu'on puisse compter sur la constance de ses résultats.

G. Dreyfus-Sée.

H. Köhler. ***L'accélération du temps de coagulation et de la vitesse de sédimentation du sang après les injections intraveineuses*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVI, n° 40, 4 Octobre 1929). — La pathogénie des thromboses et embolies reste très discutée. Alors que quelques auteurs incriminent l'état vasculaire, la plupart admettent que les modifications sanguines portant sur les éléments constitutifs du caillot sont responsables des accidents.

L'importance des infections dans l'étiologie des thromboses et embolies a souvent été notée. Or, on sait que, lors des processus infectieux, la vitesse de sédimentation globulaire augmente, phénomène que les recherches récentes tendent à attribuer à une variation dans l'équilibre albumine-globuline des hématies au profit de cette dernière substance. Le rôle de l'augmentation du fibrinogène a été également invoqué. Il semble, en somme, se produire lors des infections une série de phénomènes connexes: augmentation du fibrinogène, accroissement de la globuline par rapport à l'albumine du sang, augmentation de la viscosité sanguine et accélération de la vitesse de sédimentation.

Le parallélisme entre les modifications de la sédimentation et celles de la coagulation sanguine est, par contre, douteux, et on n'est pas d'accord sur les causes de cette hypercoagulabilité, facteur déterminant des accidents. On a incriminé les anesthésiques, mais de nombreuses et valables objections s'opposent à cette explication.

Plus récemment, les injections intraveineuses ont été incriminées, soit par le fait même de l'introduction d'une substance étrangère dans les vaisseaux, soit par suite de l'action propre de certaines de ces substances médicamenteuses.

K. a injecté dans les veines de chiens à jeun une série de préparations de tous ordres, albumineuses ou non; des médicaments multiples ont été essayés aux doses usuellement employées en thérapeutique. La vitesse de sédimentation, recherchée avant et après l'injection, s'est montrée constamment augmentée, dans des proportions notables, surtout lors de l'introduction dans la circulation de substances albumineuses. Ce phénomène persistait, pour certains médicaments, plusieurs journées. L'eau distillée elle-même détermina une accélération semblable, démontrant que la nature de la substance importait moins que son introduction par voie intraveineuse. Par contre, l'influence sur la durée de coagulation du sang fut faible et transitoire, parfois nulle. L'eau et l'eau distillée, en particulier, ne modifièrent en rien la coagulabilité.

Ces faits expérimentaux démontrent l'absence de parallélisme entre les deux phénomènes sédimentation et coagulation qui, d'ailleurs, se trouvent également dissociés en clinique, dans la typhoïde, par exemple. On ne peut considérer l'accélération de sédimentation globulaire comme un fait pathologique et la responsabilité des injections intraveineuses dans la constitution des thromboses et embolies doit être formellement écartée: ces accidents sont fonction de variations sanguines et tissulaires encore mal connues.

G. Dreyfus-Sée.

R. Jaenisch et K. Haug. ***L'influence de l'abaissement de pression atmosphérique sur la tension artérielle des hypertendus*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVI, n° 40, 4 Octobre 1929). — Les résultats contradictoires publiés au sujet des mesures de la tension artérielle lors des modifications de pression atmosphérique ont incité J. et H. à reprendre systématiquement cette étude en tentant de se mettre dans des conditions telles que toute autre influence que celle de la raréfaction de l'air pût être écartée.

Les essais ont été faits dans la chambre pneumatique sur 46 malades à tension normale ou élevée, examinés à plusieurs reprises. Avant chaque recherche, le patient restait 1/2 heure assis tranquillement sur un siège confortable. Les mesures de pression, pouls, respiration, étaient faites soigneusement sur le sujet immobile, puis après quelques exercices. La raréfaction de l'air correspondait à 603 mm. de Hg (correspondant à environ 2.000 m. d'altitude) afin de déterminer des modifications appréciables sans provoquer de sensations pénibles. Elle était produite en 20 minutes.

Chez les sujets normaux, dans 14 cas sur 20, on observa des chutes minimes (10 à 20 mm.) de la tension maxima. La répétition des épreuves, l'essai d'une épreuve psychique au cours de laquelle les appareils cessèrent de fonctionner à l'insu du patient, démontrèrent qu'il s'agissait bien d'un phénomène

déterminé par la raréfaction de l'air et non d'une simple coïncidence ou d'une réaction émotive.

Chez les hypertendus deux ordres de résultats furent obtenus :

Le premier groupe de sujets, à tension de 150 à 190 mm. de Hg, sans lésions rénales ni vasculaires, réagit exactement comme les sujets normaux : légère chute tensionnelle, absence de troubles fonctionnels et subjectifs, réactions de contrôle démonstratives.

Les 10 malades du deuxième groupe étaient des scléreux vasculaires, avec atteinte rénale et parfois antécédents d'ictus cérébraux. La raréfaction de l'air détermina chez eux de la cyanose, de la polypnée avec sensation d'angoisse précordiale, de gêne respiratoire et de fatigue. La tension artérielle s'éleva notablement, la maxima augmentant de 30 et même 40 mm. Hg, la minima de 5 à 15 mm. Hg.

On peut admettre que les hypertendus du premier groupe ont conservé une réactivité normale qui leur permet de s'adapter aux nouvelles conditions, alors que ceux du deuxième groupe sont incapables de modifier leurs vaisseaux lors des variations de la pression ambiante.

Pratiquement, ces faits expérimentaux confirment les notions généralement admises sur les contre-indications des hautes altitudes pour les malades à système vasculaire fortement touché, alors que les hypertendus simples supportent fort bien le séjour en montagne. G. Dreyfus-Sée.

B. E. Brüda. ***L'influence de la rate sur le développement tumoral*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVI, n° 40, 4 Octobre 1929). — La rate exerce une action inhibitrice sur le développement des tumeurs, *in vitro* la culture des tumeurs est accélérée par le plasma des animaux dératés, alors que les cultures simultanées de tumeurs et de tissus spléniques démontrent l'influence inhibitrice de la rate; *in vivo* on obtient un rapide développement tumoral après splénectomie ; en outre, l'inoculation des tumeurs peut être faite d'une espèce animale à une autre voisine à condition que l'animal inoculé ait été préalablement dératé : des transmissions de cancer de rat à souris et *vice versa* ont pu être ainsi réalisées.

Une deuxième série d'expériences, relatées brièvement, démontre que le système réticulo-endothélial joue un rôle analogue à celui de la rate.

Le mode d'action du tissu splénique semble être la production d'une substance protectrice qui serait contenue dans les extraits spléniques

Avec certains de ces extraits (*Splenotrat*) il est possible d'obtenir *in vitro* et *in vivo* une action inhibitrice nette sur le développement tumoral : ralentissement de l'évolution, croissance de la tumeur diminuée de 50 pour 100 par rapport aux témoins, survie des animaux traités.

Des expériences sont en cours pour préciser le mode d'action et la valeur de ces extraits spléniques comparativement aux greffes glandulaires.

G. Dreyfus-Sée.

J. Manges. ***Un cas d'anaphylaxie au sang de chat; traitement et guérison*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVI, n° 40, 4 Octobre 1929). — M. publie sa propre observation de sensibilisation au sang de chat. Au cours d'expériences sur ces animaux, toute apparition de sang déterminait chez M. des manifestations anaphylactiques : coryza spasmodique, asthme, poussée œdémateuse et congestion oculaire, etc.

Dans un but thérapeutique il se fit une injection dans le derme de II gouttes de sang de chat hémolysé et présenta une très violente crise avec accès d'asthme et troubles cardiaques, suivie, les 3 jours suivants, de poussées d'urticaire avec prurit intense et crises d'asthme répétées. Localement, l'injection détermina une vive réaction cutanée allant jusqu'à la nécrose qui guérit après 1 mois de traitement.

Deux semaines après ces incidents réactionnels, M. put reprendre ses séances expérimentales sans aucun incident. Il se croit donc désensibilisé.

Cependant, les cuti-réactions pratiquées avec le sang total, le sérum, désalbuminé et le sang hémolysé de chat sont demeurées toutes positives.

L'allergène semble donc adhérent à toutes ces substances composantes du sang, il n'est pas éliminable par la désalbumination du sérum. En outre, il est volatil puisque ses voies d'introduction sont aussi bien respiratoires que par contact direct (crises succédant à l'inhalation : asthme, rhume des foins ; ou à l'inoculation directe : réaction oculaire, cuti-réactions, intradermo-réaction).

Enfin, le traitement par choc désensibilisateur violent déterminé par la substance spécifique paraît avoir été efficace, en faisant cependant des réserves sur la réalité de la guérison qui ne remonte, actuellement encore, qu'à 2 mois. Il faut, d'ailleurs, noter que la persistance des réactions cutanées aux diverses substances hématiques d'origine féline témoigne encore d'une hypersensibilité spécifique et doit faire craindre que M., malgré ses propres conclusions optimistes, ne soit pas définitivement à l'abri de toute rechute.

G. Dreyfus-Sée.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

Finsterer. ***Pronostic de la résection gastrique pour cancer*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLII, n° 35, 29 Août 1929) — L'auteur s'élève contre le pessimisme exagéré dont font preuve les médecins en ce qui concerne le pronostic immédiat et éloigné des résections gastriques au cours du cancer de l'estomac. La proportion de mortalité de 50 pour 100 paraît manifestement exagérée; à l'heure actuelle, certaines conditions peuvent notablement la réduire.

C'est, avant tout, la précocité du diagnostic, qui dépend aussi bien de la perspicacité du médecin traitant que de l'éducation du public. Pour fonder ce diagnostic précoce, l'examen radiologique doit être pratiqué par un spécialiste compétent, étant donné la difficulté d'interprétation des symptômes de début. De même, en cas de doute, la laparotomie exploratrice, dont la mortalité est à peu près nulle, surtout si on la pratique à l'anesthésie locale, s'impose. Lorsque cette investigation est négative, F. n'hésite pas à pratiquer un examen plus approfondi, à l'aide de la gastrotomie.

Il est également important que le malade ait un bon état général au moment de l'intervention. Cependant, même chez les malades affaiblis, F. ne pratique pas l'opération en deux temps, considérant comme dangereux le délai qui s'écoule entre les deux interventions. La transfusion préopératoire permet de lutter contre l'anémie du sujet. Enfin, si les malades âgés supportent moins bien l'opération, ceci ne constitue néanmoins pas une contre-indication.

La technique opératoire joue un rôle également important, et F. écarte les techniques 1 et 2 de Billroth. Celle de Krönlein-Mikulicz entraîne souvent de l'insuffisance duodénale.

Sur un total de 211 résections simples de l'estomac, F. a relevé une mortalité de 6,1 pour 100. Dans un 2e groupe de résections dites « compliquées », c'est-à-dire avec intervention plus large portant sur les organes voisins, la mortalité a été de 41 pour 100. G. Basch.

Krasso. ***Etude d'un cas de leucémie lymphoïde aiguë*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLII, n° 35, 29 Août 1929). — La distinction entre leucémies aiguës à prédominance lymphoïde ou myéloïde est impossible à faire autrement que par l'examen du sang, et est sans intérêt du point de vue du pronostic. L'auteur rapporte néanmoins le cas suivant, destiné à apporter une contribution à l'étude de certains types de leucémie aiguë.

Il s'agit d'une femme de 36 ans, ayant subi, un mois auparavant, et sans qu'il ait eu grossesse antérieure, un curettage et une opération cervicale. Peu de temps après cette intervention elle présente une éruption prurigineuse qui dura une semaine. Puis apparaissent des métrorragies, des ecchymoses cutanées, des hématomes, des hémorragies gingivales, et une fluxion ganglionnaire. La rate déborde d'un travers de doigt les fausses côtes. La température est à 40°. L'examen du sang montre 2.280 000 globules rouges, légèrement poïkilocytiques, et polychromatophiliques. Il y a 21 000 leucocytes avec 99 pour 100 de mononucléaires; 79 pour 100 de ces mononucléaires sont des lymphocytes adultes typiques; le reste se compose de grandes cellules à noyau volumineux rappelant l'aspect de la cellule-souche.

La malade succomba au bout de 2 jours.

L'autopsie montra des suffusions hémorragiques diverses, mais, au centre de quelques-unes d'entre elles, on put déceler un petit foyer purulent; l'examen bactériologique et les cultures mirent en évidence, dans un frottis de la rate et dans le sang du cœur, du staphylocoque doré, et, dans la cavité utérine, du streptocoque viridans.

De ces constatations *post mortem* l'auteur, négligeant le streptocoque de la cavité utérine et le curettage préalable, conclut à une septico-pyohémie à staphylocoques s'étant manifestée sous forme d'un syndrome de leucémie lymphoïde (?) suraiguë. A ce propos il rappelle la pathogénie infectieuse de la leucémie aiguë typique, avec laquelle d'ailleurs son cas n'offre que très peu d'analogie.

G. Basch.

H. Baar. ***La prophylaxie de la rougeole par le sérum d'adultes réactivé*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLII, n° 35, 29 Août 1929). — B. rappelle combien la sérothérapie par le sérum de convalescent, seule méthode efficace jusqu'à présent dans la prophylaxie de la rougeole, est difficile à mettre en œuvre, du fait de la rareté du sérum.

Pour préparer un autre sérum, l'auteur est parti du fait que les adultes ayant contracté la rougeole dans l'enfance conservent indéfiniment l'immunité, alors qu'au contraire les anticorps contenus dans le sang des convalescents de rougeole disparaissent après un laps de temps très court.

Tout se passe comme si les individus immunisés, mis en contact avec du virus morbilleux, réagissaient en fabriquant en masse de nouveaux anticorps.

B. s'est injecté à lui-même ainsi qu'à quelques collègues 5 cmc de sérum sous-cutané, sérum prélevé pendant la période d'invasion ou le premier jour de l'exanthème et conservé 48 heures dans une solution spéciale dans laquelle le virus se conserve plus longtemps et voit son action renforcée.

Le sérum du sujet ainsi réactivé acquiert son pouvoir maximum de 2 à 3 semaines après l'injection, alors qu'il faut attendre environ 4 semaines après le début de l'incubation pour prélever le sérum de convalescent.

Les expériences d'immunisation avec le sérum obtenu ont porté sur 75 enfants. Parmi ceux qui ont subi 2 ou plusieurs vaccinations, en comptant ceux qui ont été immunisés au 7e jour de l'incubation, un seul a eu la rougeole.

Les résultats ont été un peu moins bons chez les sujets qui avaient reçu une seule injection. Quelques-uns d'entre eux ont eu la rougeole, mais très atténuée. G. Basch.

Reuss. ***Utilisations thérapeutiques du lait de femme*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLII, n° 37, 12 Septembre 1929). — Les raisons pour lesquelles le lait maternel constitue une alimentation irremplaçable pendant les premiers mois de l'enfant n'ont pas encore été élucidées; il semble néanmoins que tout l'effort des pédiatres se porte plutôt vers l'étude des laits artificiels que vers celle des propriétés si particulières du lait de femme, ceci en raison des conditions spéciales dans lesquelles se trouvent la plupart des nourrissons hospitalisés.

R. a mis à la disposition des 50 nourrissons de son service 8 nourrices. Pendant les 4 à 6 premières semaines, ces enfants sont allaités exclusivement au sein. Puis succède à ce régime l'allaitement mixte, et, après 3 mois, l'allaitement est entièrement artificiel.

Quant au rôle thérapeutique du lait de femme, il ne faut pas en exagérer la portée. Sa haute teneur en sucre, et la faible quantité d'albumine qu'il contient rendent son emploi particulièrement défavora-

ble dans certaines gastro-entérites. Il est donc utile d'en doser l'emploi, pour en retirer tous les avantages. R. modifie la composition du lait de femme soit en en augmentant l'albumine par adjonction d'une spécialité, le « Laxosan » (ce mélange paraissant convenir parfaitement aux enfants débiles et prématurés), soit en élevant sa teneur en sucre, soit en y ajoutant de l'huile d'olive pure. Le mélange complet constitue un bon moyen de suralimentation.

Dans d'autres cas, on se trouvera bien de faire des bouillies préparées avec du lait de femme pur, ou mélangé au lait de vache en proportions variables; dans certains cas d'entérite toxique, R. utilise un mélange à parties égales de lait de femme et de caséine. Enfin, la spécialité dite « Dubofa » de von Pirquet peut être également préparée avec du lait de femme et donne de bons résultats chez les athrepsiques. G. Basch.

Bickel. ***Des rapports entre l'anémie aiguë aplastique, la lymphadénie aleucémique aiguë, et l'agranulocytose*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLII, n° 37, 12 Septembre 1929). — B. rapporte l'observation d'un jeune homme de 19 ans ayant présenté une bronchite avec température à 38°5, chez lequel évoluait depuis 4 mois un état de fatigue générale avec essoufflement et maux de tête. L'examen du sang montra une anémie aplastique grave. Il y avait 700.000 globules rouges, 2.000 globules blancs avec 70 pour 100 de polynucléaires. A la suite de transfusions et de cures de foie, en même temps que l'état du patient s'améliorait, le taux des globules rouges atteignait 4 millions. Mais après cette amélioration transitoire apparut, au 5e mois, de la fièvre; les globules rouges tombaient à 780.000, cependant que disparaissaient les globules blancs et que le taux des plaquettes s'abaissait à 2.300. Le malade succomba. L'autopsie mit en évidence une forte infiltration lymphocytaire au niveau des reins et de la rate.

Il s'agissait donc d'un cas d'anémie aplastique d'autant plus intéressant que, suivant l'opinion d'Aubertin qui suppose une moindre résistance congénitale de la moelle osseuse, B. a retrouvé des anomalies sanguines chez tous les membres de la famille du patient.

Néanmoins il se demande si, en raison des constatations nécropsiques, il n'y aurait pas lieu de ranger ce cas dans le cadre des leucémies aleucémiques, ou dans celui de l'agranulocytose. B. suppose une parenté morbide entre ces différentes affections qui toutes auraient à leur origine une insuffisance de la moelle osseuse. G. Basch.

Carlo Zawisch Ossenitz. ***Comment intensifier l'ossification par l'injection d'extrait d'os*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLII, n° 22, 31 Mai 1929). — L'auteur étudie cette méthode depuis 3 ans : elle a démontré la présence, dans les ostéoblastes des os en croissance, d'un ferment qui, injecté à de jeunes lapins, semblait leur conférer une croissance plus grande que celle des animaux témoins. Cet extrait est préparé à partir de fragments d'os de veau prélevés près de la région dia-épiphysaire. L'injection sous-cutanée de ce produit donne lieu chez les jeunes animaux à une augmentation de la taille. Il ne s'agit pas là d'une action simplement excitante, mais bien d'une action spécifique. Ce produit n'a donné lieu jusqu'ici à aucune réaction fâcheuse et son utilisation chez l'homme pourra être utilisée dans la suite. G. Basch.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

A. Feller. ***Contribution à l'étude de la périartérite noueuse*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIX, n° 14, 30 Mars 1929). — De nombreuses communications concernant cette maladie encore peu connue sont venues compléter le tableau esquissé par Grüber en 1926.

F. relate l'observation d'une femme de 54 ans entrée à l'hôpital avec un ictère par rétention très marqué, de l'hypothermie et des phénomènes nerveux sous forme de crises cloniques avec abolition des réflexes. On porta le diagnostic d'atrophie jaune aiguë du foie. La malade succomba au bout de 15 jours et l'autopsie révéla la présence, particulièrement au niveau des artères intestinales, de foyers hémorragiques de la taille d'une lentille, de couleur rouge sombre; les mêmes constatations furent faites le long des artérioles rénales et au niveau de l'artère thyroïdienne supérieure gauche.

L'examen histologique de ces nodosités artérielles révéla l'existence d'un infiltrat lymphocytaire, siégeant au niveau de l'adventice, mais intéressant également la partie la plus externe de la média. On y trouve également de grosses cellules à noyau nucléolaire et quelques cellules géantes.

Sur d'autres coupes, faites au contact de l'endartère, se retrouvent des hémorragies qui ne semblent pas gagner la lumière artérielle, paraissant rester ainsi constamment intramurales, limitées qu'elles sont par l'endartère qui bombe à leur contact.

Au niveau des reins, néanmoins, on note la présence de nombreux infarctus dus à l'oblitération des petits vaisseaux par les hématomes de la paroi. On trouve au niveau du foie une dégénérescence graisseuse des cellules, indépendante, semble-t-il, des lésions périartérielles si spéciales, et ressortissant bien àl'atrophie jaune aiguë.

Quelle est l'origine de cette curieuse affection artérielle? Il est difficile de la rattacher à la syphilis ou à une affection ou une intoxication caractérisée. Son pronostic est sombre : la destruction de la média aboutit à de véritables anévrismes disséquants qui donnent lieu pour leur compte à des hémorragies parfois mortelles.

F. se demande enfin si l'atrophie jaune aiguë et la périartérite noueuse ne seraient pas dues toutes deux à un même agent pathogène encore inconnu. G. Basch.

F. Kaspar. ***Intoxication digestive par le plomb et son traitement chirurgical*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIX, n° 22, 25 Mai 1929). — L'auteur rappelle les difficultés diagnostiques auxquelles prêtent les manifestations gastriques et intestinales du saturnisme, difficultés ayant donné lieu à des opérations erronées. En dehors de ces erreurs, K. tend à poser des indications opératoires dans des cas d'intoxication chronique et rebelle à tout autre traitement. A ce propos, il rappelle les signes digestifs de l'intoxication par le plomb : anorexie, aigreurs, nausées, pesanteur gastrique, renvois, vomissements, mais surtout constipation opiniâtre. Ce dernier symptôme survenant en coïncidence avec une douleur crampoïde de l'abdomen constitue l'accès de colique de plomb.

Ces symptômes sont éminemment récidivants, même lorsque l'intoxication a cessé, et l'on conçoit combien l'erreur est facile avec tous les syndromes douloureux paroxystiques de l'abdomen. Il faut alors rechercher tous les signes de l'intoxication saturnine : liséré gingival, érythrocytes ponctués, etc.

K. relate 2 observations concernant des sujets présentant des symptômes alarmants d'intoxication saturnine gastrique, chez lesquels seule la laparotomie simple put mettre fin au syndrome douloureux rebelle contre lequel avaient échoué tous les moyens médicaux. Bien plus, à la suite de l'opération, l'état général s'améliora en même temps que se raréfiaient les crises gastriques. K. est également intervenu dans des phénomènes intestinaux rebelles avec entéro-spasme. Dans ces cas aussi, la laparotomie simple eut les meilleurs résultats, G. Basch.

E. Schwarz. ***Des rapports entre les maladies du sang et les affections digestives*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIX, n° 23, 1er Juin 1929). — Il y a solidarité étroite entre les différents appareils de l'organisme et la parenté entre le tissu sanguin et l'appareil digestif s'affirme par la présence d'amas lymphoïdes dans tout le tractus digestif. Cette parenté s'éclaire encore à la lumière de la pathologie : la présence de parasites intestinaux s'accompagne d'éosinophilie ; de nombreuses maladies du sang se révèlent à leur début par des ulcérations bucco-gingivales ; la langue de Hunter est souvent le premier symptôme de l'anémie pernicieuse ; ce signe de Hunter n'est pas seulement constitué par une sensation de brûlure à la langue, par une sécheresse et une dépapillation de la muqueuse, mais également par une atrophie de la langue en entier, attribuée par certains auteurs à une origine bulbaire due à un syndrome neuro-anémique précoce.

Les amygdales également réagissent au cours de nombreuses maladies du sang : une angine maligne est parfois le premier signe d'une leucémie aiguë. Des symptômes analogues peuvent survenir en coïncidence avec une disparition presque totale de tous les éléments granuleux constituant l'agranulocytose. Au cours de la lymphogranulomatose, on note souvent des phénomènes intestinaux.

Mais les recherches récentes concernant la pathogénie de l'anémie pernicieuse sont la preuve la plus évidente de la thèse de l'auteur : depuis longtemps, en effet, on a noté au cours de cette affection l'anachlorhydrie et l'achylie gastrique. Il semble qu'à la faveur de cette insuffisance sécrétoire et parfois du fait de la stagnation du contenu intestinal, se développe dans l'intestin grêle une flore anormale dont les toxines peuvent être hémolytiques. Seydenhelm a montré que la présence anormale, au niveau de l'intestin grêle, de la flore du gros intestin suffisait à provoquer la formation de la toxine hémolytique. Ces faits ont été expérimentalement trouvés en produisant chez le chien un rétrécissement intestinal. G. Basch.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL (Londres)

W. Savage. ***Les méthodes pour raréfier la tuberculose humaine d'origine bovine*** (*The British medical Journal*, n° 3584, 14 Septembre 1929). — La tuberculose humaine d'origine bovine représente actuellement en Angleterre environ 6 pour 100 des décès par tuberculose. Il ne semble pas qu'il y ait eu diminution des cas d'infection, malgré les mesures adoptées dans ce but.

La tuberculose bovine est extrêmement fréquente : 40 pour 100 des bestiaux en sont atteints; mais, dans ce total, 1 pour 100 seulement ont des tuberculoses ouvertes, et 0,3 pour 100 seulement ont une tuberculose ouverte des mamelles, la plus dangereuse pour l'homme.

Pour lutter contre la tuberculose bovine, on a préconisé la destruction de tous les bestiaux présentant une cuti-réaction positive : cela fut pratiqué en Amérique où, en 1927, 200.000 bestiaux furent tués ainsi. Ce n'est guère possible en dehors de l'Amérique.

On a essayé aussi de sélectionner des troupeaux indemnes de tuberculose; mais les difficultés sont très grandes, et cela n'a pas réussi.

L'élimination des tuberculeux avait été essayée, en instituant des visites vétérinaires officielles et régulières : les résultats ont été mauvais, par suite du mauvais vouloir des éleveurs. Et la dépense considérable n'est pas en rapport avec les résultats obtenus.

Pratiquement, aucune solution proposée ne s'est révélée efficace : il faudrait, pour l'auteur, essayer plutôt de prévenir la tuberculose, en améliorant les conditions sanitaires de la vie des bestiaux, en supprimant la vie à l'étable en hiver.

En attendant, la seule méthode efficace est la pasteurisation du lait qui devrait être rendue obligatoire. R. Rivoire.

W. E. Cooke. ***La poussière d'asbeste et les curieux corps trouvés dans l'asbestose pulmonaire*** (*The British medical Journal*, n° 3586, 28 Septembre 1929). — L'asbeste est un minéral composé essentiellement de silicate de magnésie et d'oxyde de fer, qui est employé dans l'industrie textile depuis des temps immémoriaux. Mais l'asbestose pulmonaire n'est individualisée que depuis peu de temps, le

premier cas datant de 1924. C'est cliniquement une variété de pneumokoniose, de gravité particulière, car elle aboutit souvent à la mort.

A l'autopsie d'un malade décédé par asbestose pulmonaire, on voit, dans les poumons, une quantité formidable de fine poussière noire, que l'on peut isoler du poumon par digestion tryptique. Cette poussière, vue au microscope, présente exactement le même aspect que la poussière d'asbeste qui flotte dans l'atmosphère des usines de filature.

En outre, on voit, dans certaines zones nécrotiques du poumon, des corps étrangers importants, allongés en forme d'aiguille, mesurant de 10 à 360 μ, et qui sont absolument caractéristiques de l'asbestose pulmonaire; bien plus, il n'est pas rare de trouver ces corps par l'exsmen microscopique des crachats ou dans le sang recueilli par ponction du poumon, ce qui permet, outre les commémoratifs, un diagnostic clinique. R. Rivoire.

THE LANCET

(*Londres*)

S. V. Pulvertaft. ***Etude des effets pathologiques de la toxine streptococcique et de l'hémolysine sur le lapin, avec une étude spéciale de l'étiologie du purpura fulminans*** (*The Lancet*, tome CCXVII, n° 5529, 19 Août 1929). — P. a étudié l'effet des toxines streptococciques sur plus de 250 lapins. Les cultures de streptocoques produisent deux substances différentes : la toxine proprement dite, et l'hémolysine de Dochez, qui se forment à des temps différents de la culture, qui produisent des lésions différentes sur le lapin, qui diffèrent par leur pouvoir de précipiter les globulines et par leur tendance à provoquer la formation d'anticorps. Ces deux toxines ne sont pas d'ailleurs les seuls agents pathogènes du streptocoque, car des lapins immunisés contre les toxines sont tués par l'injection de microbes vivants.

La toxine, chez le lapin, produit de la leucocytose, une néphrite hémorragique, des lésions hémorragiques de l'estomac, des reins, du poumon, du péritoine. Localement, elle ne produit aucune lésion au point d'inoculation.

L'hémolysine produit de la leucopénie, des hémorragies locales en injection intramusculaire ou intrapéritonéale, même chez les animaux immunisés contre la toxine.

Toutes ces lésions se rapprochent de celles observées chez l'homme dans le purpura fulminans.

R. Rivoire.

Montagu Lawrence et C. Okell. ***L'association de la jaunisse humaine et canine*** (*The Lancet*, tome CCXVII, n° 5529, 19 Août 1929). — Les cas de spirochétose humaine sont très rares en Angleterre, bien que 30 pour 100 des rats soient infectés. Il est également curieux de remarquer que les observations sont rares de spirochétose associée chez l'homme et chez le chien : pourtant la spirochétose du chien, très fréquente, est tout à fait analogue à celle de l'homme, la maladie pouvant être reproduite dans les deux sens.

Il existe une observation allemande, dans laquelle deux officiers contractèrent la spirochétose d'un chien vivant avec eux et souffrant de jaunisse.

L. et O. apportent une observation analogue d'une spirochétose survenue chez un éleveur de chiens, qui soignait plusieurs chiens atteints de jaunisse.

Il se peut que l'infection humaine par le chien soit plus fréquente qu'il ne semble : en tout cas, cette contagion est certainement possible, et il faut la rechercher en présence d'une spirochétose.

R. Rivoire.

M. Power (Manchester). ***Un cas de réduction spontanée d'invagination intestinale*** (*The Lancet*, tome CCXVII, n° 5529, 19 Août 1929). — Les cas de réduction spontanée d'une invagination intestinale de l'enfant sont si rares que la plupart des chirurgiens considèrent les quelques cas publiés comme presque légendaires. P. rapporte pourtant l'observation d'un enfant de 11 mois, qui fut pris brusquement du syndrome typique de l'invagination iléo-cæcale, avec hémorragie intestinale et constatation d'une tumeur nette dans la fosse iliaque. L'intervention d'urgence est décidée : le malade sur la table d'opération, on palpe à nouveau la fosse iliaque, et la tumeur n'est plus perçue. L'opération est pratiquée cependant; elle ne révèle pas d'invagination, mais un œdème et une congestion des 20 derniers centimètres de l'iléon.

Le plus curieux est que, en inspectant l'abdomen avant de suturer la plaie, le chirurgien découvrit, beaucoup plus haut sur l'iléon, une petite invagination, longue de quelques centimètres, qui était sans doute due à l'onde rétropéristaltique qui avait causé l'auto-réduction.

Les suites opératoires furent excellentes et l'enfant guérit parfaitement. R. Rivoire.

BRATISLAVSKÉ LEKARSKE LISTY

(*Bratislava*)

Fr. Koza. ***Essai d'explication du mécanisme des bains carbogazeux*** (*Bratislavské Lekarske Listy*, tome IX, n° 11, Novembre 1929). — L'auteur a, au moyen d'un dispositif propre, observé l'influence des bains carbogazeux dans 80 cas d'hypertension artérielle de gravité diverse. Durée du bain, pris chaque jour ou tous les deux jours : 20 minutes; température : 22° à 27°. Les sujets n'y accusent aucune sensation subjective ; la peau ne change pas de couleur. La mensuration de l'acide carbonique dans l'air respiré établit que la pénétration d'oxyde de carbone dans le corps est beaucoup moins grande avec les bains secs qu'avec les bains aqueux.

Tous les cas examinés ont réagi par un abaissement de la pression sanguine. Les bains carbogazeux ont eu un effet sédatif très favorable sur les malaises climatériques des femmes, même quand la pression sanguine n'était pas augmentée. Ils ont aussi agi favorablement dans l'hypertension artérielle avec angine de poitrine.

L'auteur a observé l'influence de l'oxyde de carbone sur la pression sanguine de lapins chez lesquels était provoquée artificiellement une hypertonie artérielle durable. L'oxyde de carbone était appliqué de 3 manières : 1° bain gazeux, dans une enveloppe imperméable ; 2° insufflation intrapéritonéale ; 3° application d'eau stérile saturée d'oxyde. Les animaux ont réagi par une chute de la pression sanguine, atteignant jusqu'au 2/3 de l'augmentation artificielle. Dans les bains gazeux la pression sanguine s'est abaissée lentement et l'abaissement n'a pas duré aussi longtemps que dans l'insufflation intrapéritonéale. L'infusion d'eau stérile, à 37°, saturée d'oxyde de carbone, abaisse l'hypertension artérielle provoquée expérimentalement d'une façon moins intense que l'insufflation.

L'action des bains carbogazeux s'exerce à peu près directement sur les territoires vasculaires périphériques et l'effet direct de l'oxyde de carbone sur le système nerveux central exclut la pénétration de l'acide carbonique dans l'organisme.

ENDOCRINOLOGY

(*Los Angeles*)

I. Bram. ***Différents types de maladie de Basedow*** (*Endocrinology*, tome XIII, n° 2, Avril 1929). — B. ne décrit pas moins de 26 variétés de maladie de Basedow. Ces types ne constituent pas des formes nettement tranchées de l'affection, mais sont basés sur la prédominance d'un ou de plusieurs symptômes réalisant un tableau clinique d'observation fréquente.

S'aidant d'une iconographie copieuse, B. distingue ainsi un type aigu, un type fruste souvent rencontré au stade initial, où le métabolisme basal peut être encore normal, un type habituel, un type chronique où les crises font défaut, un type sans goitre, un type sans exophtalmie, ces deux symptômes pouvant manquer aussi chez le même sujet, un type à exophtalmie inégale, un type vagotonique à tachycardie modérée, à symptômes cardiaques subjectifs peu marqués, à transpiration et à diarrhée accentuées, accompagnées d'irritabilité vésicale, un type sympathicotonique à signes cardiaques prédominants, exophtalmie prononcée, fièvre fréquente, diminution de la tolérance aux hydrates de carbone, un type à hyperactivité thyroïdienne appelant la thyroïdectomie, un type adénomateux (adénome toxique avec exophtalmie), un type pancréatique avec intolérance aux hydrates de carbone, un type cardiaque, un type thymique avec hypertrophie du thymus, habitus thymico-lymphatique, tachycardie accentuée, un type hypophysaire accompagné de symptômes d'acromégalie, un type surrénal avec hypotension, fatigabilité, pigmentation, un type génital, un type obèse, un type mental, un type post-opératoire avec diverses sous-variétés, un type sans tachycardie, un type à métabolisme basal normal, un type avec hypertension, un type juvénile avec tachycardie extrême et troubles nerveux accentués, enfin un type sénile à tremblement marqué et tendance à l'hypertension.

Cette étude montre bien le polymorphisme du syndrome de Basedow et met en garde contre les affections nombreuses qu'il peut simuler.

P.-L. Marie.

NEW YORK STATE JOURNAL OF MEDICINE

Henry A. Reisman et Raoul L. Mason. ***Tuberculose et asthme chez l'enfant; réactions à la tuberculine positives chez l'enfant dans l'asthme et leurs rapports*** (*New York State Journal of Medicine*, tome XXIX, n° 15, 1er Août 1929). — R. et M. ont pratiqué systématiquement l'intradermo-réaction à la tuberculine au 1/1000e chez tous les enfants de 8 mois à 14 ans. Lorsque l'épreuve fut négative, elle fut répétée avec une solution au 1/100e.

Sur 158 cas consécutifs d'asthme, 61 eurent une réaction positive (38,6 pour 100). Les enfants non asthmatiques n'ont une réaction positive à la tuberculine que dans 16 9 pour 100 des cas, toutes conditions égales par ailleurs.

Ce pourcentage élevé pose divers problèmes :

L'asthme et la tuberculose sont-ils indépendants?

Les asthmatiques sont-ils particulièrement sensibles à la tuberculose?

Beaucoup de tuberculeux présentent-ils des symptômes d'asthme?

R. et M. pensent que non seulement il n'y a pas antagonisme entre l'asthme et la tuberculose, mais qu'on les trouve souvent étroitement unis.

Se basant sur leur expérience et les 8 cas qu'ils rapportent, ils croient que l'asthme est dû à une sensibilisation individuelle aux produits bactériens du bacille tuberculeux probablement à la tuberculine.

La tuberculinothérapie fut essayée dans une série de 30 cas d'asthme présentant une réaction positive à la tuberculine et ne répondant pas au traitement banal de l'asthme. Les résultats obtenus furent très encourageants.

Dans plusieurs cas où l'on avait essayé, sans succès, comme traitement, les protéines étrangères, la tuberculinothérapie sembla agir presque d'une manière spécifique, la guérison étant instantanée.

Dans d'autres cas, on constata une amélioration évidente après l'intradermo-réaction à la tuberculine et avant la tuberculinothérapie. Quelquefois, la médication tuberculinique n'amena qu'une diminution de la fréquence et de l'intensité des crises et plusieurs fois, la tuberculine aggrava ou fit réapparaître les crises d'asthme.

Les examens radiologiques ne montrèrent aucun changement appréciable après le traitement.

Il n'est pas douteux qu'en dehors des cas à étiologie connue, comme une infection nasale et sinusienne, il existe entre la tuberculose et l'asthme des relations qui doivent attirer l'attention.

Robert Clément.